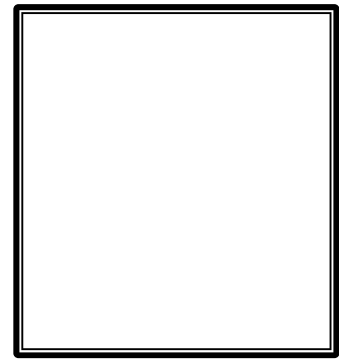


FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE SCOLAIRE 2018 – 2019

POUR LES NOUVEAUX

Nom de l'ancien établissement :



F OU G

■ **NOM DE L'ENFANT :** **PRENOM :**

■ **DATE DE NAISSANCE DE VOTRE ENFANT :** **NATIONALITE :**

SITUATION DE FAMILLE					
		Mariés	Veuf (ve)		
Séparés	Divorcés	<u>autorité parentale :</u>	père	mère	tuteur (trice)

■ **ADRESSE DU DOMICILE DES PARENTS OU DU PARENT RESPONSABLE DE L'ENFANT :**
.....
.....
.....

• **Téléphone domicile : 0537**

■ **NOM ET PRENOM DU PERE :**

■ **profession du père :**

■ **NOM ET PRENOM DE LA MERE :**

■ **profession de la mère :**

• **Téléphone professionnel du père 0537** **Portable 06**.....

• **Téléphone professionnel de la mère 0537**..... **Portable 06**.....

.....

■ **ADRESSE MAIL OU SERA ENVOYE LE COURRIEL :**

- J'AUTORISE / JE N'AUTORISE PAS * mon enfant à être photographié (e) en classe ou en sortie.
- VOTRE ENFANT A-T-IL DES FRERES ET SŒURS ? oui non

PRENOMS DES FRERES ET SOEURS	AGE	ETABLISSEMENT FREQUENTE	CLASSE

- VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES ? oui non

Si oui, merci de préciser vos souhaits (entourer la réponse)

Port de lunettes dans la cour, en sport oui non

- VOTRE ENFANT EST-IL PRIS EN CHARGE PAR UN/DES SPECIALISTES (orthophoniste, psychomotricien, psychologue, ...) ? oui non Si oui, merci de préciser quel(s) intervenant(s) :

.....
 Durant l'année scolaire, des séances auront-elles lieu sur le temps scolaire ? Si oui, merci de préciser le/les moments :

.....

 ■ **Observations particulières :**

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

- VOTRE ENFANT DEJEUNERA-T-IL A L'ECOLE ? (entourer la réponse)

 oui non

- VOTRE ENFANT PRENDRA-T-IL LE REPAS DU TRAITEUR ? (entourer la réponse)

 oui non

- Votre enfant sera inscrit à la rentrée pour :

 journée horaire continu

 ½ journée précisez pour les TPS : Matin Après-midi

DÉLÉGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté (Hôpital Avicenne ou Clinique des Nations Unies). La famille est immédiatement avertie par nos soins. L'élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Je soussigné(e) (Nom, prénom),.....responsable légal de l'enfant(Nom, prénom),.....

* autorise la prise en charge par le SAMU ou un médecin en cas d'accident grave ou de problème de santé.

*demande à ce que mon enfant soit dirigé vers
(Nom de l'hôpital ou de la clinique de votre choix)

Renseignements certifiés exacts par le représentant légal de l'enfant

REGLEMENT INTERIEUR

Nous , parents (tuteurs) de l'enfanten classe de

déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur du Jardin d'enfants L'Arc en Ciel, et nous engageons à le respecter.

Fait le

Signature du Père (tuteur) :

signature de la mère (tutrice) :