

AUTRES ENFANTS		
Nom, prénom :	Né(e) le :	Classe :

PERSONNES A CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)		
Lien avec l'élève (*) :		
A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>		
Nom de famille :	Nom d'usage :	Prénom :
Tél mobile :	Tél domicile :	Tél travail :
Lien avec l'élève (*) :		
A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>		
Nom de famille :	Nom d'usage :	Prénom :
Tél mobile :	Tél domicile :	Tél travail :
Lien avec l'élève (*) :		
A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>		
Nom de famille :	Nom d'usage :	Prénom :
Tél mobile :	Tél domicile :	Tél travail :

SERVICES PERISCOLAIRES					
Restaurant scolaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Garderie du matin :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Études surveillées :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Garderie du soir :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Transport scolaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

ASSURANCE DE L'ELEVE					
Responsabilité civile :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Individuelle accident :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Merci de fournir une attestation d'assurance comportant la mention « Individuelle accident » dès la rentrée					

SANTÉ	
Nom, adresse	du médecin traitant :
.....	
Date de la dernière vaccination D.T. POLIO :	
Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières, asthme, etc...)	
.....	
Projet d'accueil individualisé (PAI) à renouveler : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
.....	
<i>Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières dans le cadre scolaire, un projet d'accueil individualisé pourra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès de la directrice d'école dès la rentrée.</i>	
Port de lunettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Circonstances :	
Suivis extérieurs antérieurs ou actuels : (orthophoniste/ ergothérapeute, ...)	
.....	
.....	
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. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.	

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche en particulier les numéros de téléphones portables.

J'autorise les enseignants et la directrice à faire pratiquer en cas d'urgence, et sur avis médical les soins ou interventions dont aurait besoin mon enfant.

Le / /

Responsable 1 :

Responsable 2 :

Signatures précédées de « Lu et approuvé »