

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année Scolaire 2018/2019

Cette fiche de renseignements est à retourner obligatoirement avec les fiches d'inscription Cantine et Garderie.

RESPONSABLE LEGAL	Père	Mère
NOM – Prénom (Cocher le redevable principal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de naissance		
Adresse précise		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Adresse mail		
Profession		
En cas de garde alternée, merci de spécifier les jours Ou/et les semaines concernées par chacun :	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi Ou/et <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi Ou/et <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire

<i>N° allocataire CAF</i>	
Assurance	Compagnie d'assurance : Numéro du contrat :

Depuis la rentrée 2017, les factures seront dématérialisées et disponibles sur le portail famille chaque mois.

Si vous souhaitez recevoir la facture par voie postale merci de cocher la case

ENFANT 1

NOM – Prénom :

Adresse précise :

Date de naissance :

Classe :
(rentrée 2018)**✓ Votre enfant présente-t-il une allergie alimentaire, une contre-indication au sport ou un problème particulier ?****Si oui, préciser :****Dans le cas d'une allergie alimentaire, merci de nous communiquer le Protocole d'accueil Individualisé (PAI),***Dans le cas d'une contre-indication au sport, merci de nous communiquer un certificat médical.***✓ utilisera le bus scolaire** OUI NON**ENFANT 2**

NOM – Prénom :

Adresse précise :

Date de naissance :

Classe :
(rentrée 2018)**✓ Votre enfant présente-t-il une allergie alimentaire, une contre-indication au sport ou un problème particulier ?****Si oui, préciser :****Dans le cas d'une allergie alimentaire, merci de nous communiquer le Protocole d'accueil Individualisé (PAI),***Dans le cas d'une contre-indication au sport, merci de nous communiquer un certificat médical.***✓ utilisera le bus scolaire** OUI NON**ENFANT 3**

NOM – Prénom :

Adresse précise :

Date de naissance :

Classe :
(rentrée 2018)**✓ Votre enfant présente-t-il une allergie alimentaire, une contre-indication au sport ou un problème particulier ?****Si oui, préciser :****Dans le cas d'une allergie alimentaire, merci de nous communiquer le Protocole d'accueil Individualisé (PAI),***Dans le cas d'une contre-indication au sport, merci de nous communiquer un certificat médical.***✓ utilisera le bus scolaire** OUI NON

MEDECIN TRAITANT	
NOM – Prénom	
Adresse	
Téléphone	

URGENCE			
En cas d'urgence, si nous ne pouvons arriver à vous joindre, autres personnes à prévenir			
	1ère personne	2ème personne	3ème personne
NOM – Prénom			
lien de parenté			
Téléphone			
Contacteur de préférence entre	<input type="checkbox"/> 7h30 et 8h20 <input type="checkbox"/> 11h30 et 13h20 <input type="checkbox"/> 16h30 et 18h30	<input type="checkbox"/> 7h30 et 8h20 <input type="checkbox"/> 11h30 et 13h20 <input type="checkbox"/> 16h30 et 18h30	<input type="checkbox"/> 7h30 et 8h20 <input type="checkbox"/> 11h30 et 13h20 <input type="checkbox"/> 16h30 et 18h30
Les jours concernés	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
En cas d'urgence, si nous ne pouvons arriver à vous joindre, autorisez-vous le transport de votre enfant vers un hôpital ?..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel (dans la mesure du possible) ?			

1^{ER} ENFANT

AUTORISATION (remplir une autorisation par enfant)

Je soussigné,,
représentant légal, autorise :

M lien de parenté

M lien de parenté

M lien de parenté

M lien de parenté

A récupérer mon fils / ma fille
à la cantine, garderie scolaire.

Préciser les dates ou périodicités (si possible)

Fait à

Le

Signature

AUTORISATION (remplir une autorisation par enfant)

Je soussigné(e), Madame / Monsieur
autorise la mairie de ROMAGNIEU à prendre toutes les dispositions jugées
nécessaires pour la santé de mon enfant, y compris le faire transporter à
l'hôpital le plus proche ou le plus adapté à son état.

Dans l'attente de mon arrivée, j'autorise l'établissement hospitalier à donner
à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris l'autorisation
d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale.

Fait à

Le

Signature

AUTORISATION de droit à l'image (remplir une autorisation par enfant)

Je soussigné(e), Madame / Monsieur
autorise l'exploitation des images prises au cours des activités réalisées sur
lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tout support de
communication : photos, films, site Internet, articles de presse, reportage
vidéo...

Fait à

Le

Signature

2^{ème} ENFANT

AUTORISATION (remplir une autorisation par enfant)

Je soussigné,,
représentant légal, autorise :

M lien de parenté

M lien de parenté

M lien de parenté

M lien de parenté

A récupérer mon fils / ma fille
à la cantine, garderie scolaire.

Préciser les dates ou périodicités (si possible)

Fait à

Le

Signature

AUTORISATION (remplir une autorisation par enfant)

Je soussigné(e), Madame / Monsieur
autorise la mairie de ROMAGNIEU à prendre toutes les dispositions jugées
nécessaires pour la santé de mon enfant, y compris le faire transporter à
l'hôpital le plus proche ou le plus adapté à son état.

Dans l'attente de mon arrivée, j'autorise l'établissement hospitalier à donner
à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris l'autorisation
d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale.

Fait à

Le

Signature

AUTORISATION de droit à l'image (remplir une autorisation par enfant)

Je soussigné(e), Madame / Monsieur
autorise l'exploitation des images prises au cours des activités réalisées sur
lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tout support de
communication : photos, films, site Internet, articles de presse, reportage
vidéo...

Fait à

Le

Signature

3^{ème} ENFANT

AUTORISATION (*remplir une autorisation par enfant*)

Je soussigné,,
représentant légal, autorise :

M lien de parenté

M lien de parenté

M lien de parenté

M lien de parenté

A récupérer mon fils / ma fille
à la cantine, garderie scolaire.

Préciser les dates ou périodicités (si possible)

Fait à

Le

Signature

AUTORISATION (*remplir une autorisation par enfant*)

Je soussigné(e), Madame / Monsieur
autorise la mairie de ROMAGNIEU à prendre toutes les dispositions jugées
nécessaires pour la santé de mon enfant, y compris le faire transporter à
l'hôpital le plus proche ou le plus adapté à son état.

Dans l'attente de mon arrivée, j'autorise l'établissement hospitalier à donner
à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris l'autorisation
d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale.

Fait à

Le

Signature

AUTORISATION de droit à l'image (*remplir une autorisation par enfant*)

Je soussigné(e), Madame / Monsieur
autorise l'exploitation des images prises au cours des activités réalisées sur
lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tout support de
communication : photos, films, site Internet, articles de presse, reportage
vidéo...

Fait à

Le

Signature