

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS/SANITAIRE/TRANSPORT SCOLAIRE
OBLIGATOIRE POUR TOUT ENFANT DU RPI
SIRP DE CANAULES SAVIGNARGUES SAINT THEODORIT**

CE DOCUMENT EST À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE(s) responsable(s) légal (aux) de l'enfant

MÊME SI VOTRE ENFANT D UTILISE PAS LES SERVICES DE CANTINE ACCUEIL PÉRISCOLAIRE OU TRANSPORT

Informations concernant votre ENFANT :

Nom :Prénom :
 Adresse :
 Né(e) le :
 A.....
 Classe de : École de :

Photo

OBLIGATOIRE

« Sur papier simple »

Mère :	Père :
Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/>	Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/>
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Tel fixe :	Tel fixe :
Tel portable :	Tel portable :
Tel professionnel :	Tel professionnel :
Mail en majuscules et lisible :	Mail en majuscules et lisible :
Situation familiale :	Situation familiale :

PRESTATIONS SOCIALES ET FAMILIALES

CAF MSA AUTRE (précisez)

N° ALLOCATAIRE (OBLIGATOIRE si vous en avez un) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant)

QUOTIENT FAMILIAL DE LA CAF :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

PENSEZ À INFORMER LE SIRP POUR TOUTES MODIFICATIONS C'EST IMPORTANT POUR VOTRE ENFANT

EN CAS D'URGENCE PRÉVENIR (SI LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT N'EST PAS JOIGNABLE)		
NOM & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

A ce dossier, vous joindrez **OBLIGATOIREMENT** :

- **L'attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle à jour**
- **Attestation de vaccinations à jour, ÉTABLI PAR VOTRE MÉDECIN**
- **Attestation CAF ou MSA avec votre quotient familial.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

GRUPE SANGUIN SI CONNU :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Allergies : - Asthme **oui** **non** - Alimentaire **oui** **non**
 - Médicamenteuses **oui** **non**
 - Autres.....

En cas d'allergie veuillez prendre contact avec l'enseignant pour la mise en place avec le médecin scolaire, d'un PAI. **(PLAN ALIMENTAIRE INDIVIDUEL)**.

Votre enfant porte :

Des lentilles de contact des lunettes des prothèses auditives des prothèses dentaires

AUTORISATIONS (cocher les cases)

J'autorise la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale. **Oui** **Non**

J'autorise l'équipe d'animation à photographier ou à filmer mon enfant et que son image puisse être diffusée, exposée, publiée (photos souvenirs sur un support, prises de vue liées aux activités,) **Oui** **Non**

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la descente du bus ou à la sortie de l'école **Oui** **Non**

Pour les enfants de moins de 6 ans pas d'autorisation de rentrer seul.

En cas de retard des parents à la sortie de l'école, les enfants de Petite Section de maternelle jusqu'à la Grande Section de maternelle, seront systématiquement conduit à l'accueil périscolaire, ce service sera dû immédiatement « 2€ », quel que soit le temps passé à l'accueil périscolaire.

Je, soussigné (e), responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et accepte le règlement intérieur du SIRP, validé en conseil syndical le 27/05/2019.

Fait à _____, le _____

SIGNATURES du et/ou des tuteurs légaux de l'enfant :

