

**Ecole maternelle COCTEAU**  
2 allée des marronniers  
78600 Maisons-Laffitte  
Tel : 01 34 93 71 75

photo

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année Scolaire 2020 / 2021

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

Lieu de naissance : ..... Date de naissance : .....

**PARENTS (responsables légaux) :**

**PÈRE**  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
  
 .....  
 .....  
Profession : .....  
 .....  
Courriel .....

**MÈRE**  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
  
 .....  
 .....  
Profession : .....  
 .....  
Courriel .....

L'enfant déjeune-t-il à la cantine ? oui  non

L'enfant va-t-il en garderie ? oui  non

Liste des personnes autorisées à prendre mon enfant aux sorties de 11h30 et de 16h25 :

Nom de la personne	Numéro de téléphone

**FRATRIE : Prénom**

**Niveau scolaire**


*Il est rappelé aux parents et aux personnes désignées par eux qu'ils doivent être à l'heure. En cas de retard, la responsabilité des enseignants n'étant engagée que jusqu'à 16h25, l'enfant sera dirigé vers le Centre de Loisirs.*

### **DROIT A L'IMAGE :**

Nous soussignés (noms, prénoms et adresse des parents), .....

..... donnons à l'enseignant l'autorisation de photographier, de filmer notre enfant **à usage interne de l'école**.

*Cette autorisation est valable pour l'année scolaire 202.... / 202..... La publication ou la diffusion de l'image de notre enfant, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, sa vie privée et sa réputation.*

### **ASSURANCE SCOLAIRE :**

*L'assurance scolaire est obligatoire pour les activités facultatives telles que les sorties collectives par exemple.*

Je soussigné(e) Mr/Mme ..... certifie sur l'honneur que mon enfant est assuré tant pour les dommages qu'il peut causer (assurance de responsabilité civile), que pour ceux qu'il peut subir (assurance individuelle accidents corporels).

Numéro et adresse de l'assurance scolaire : .....

.....

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale : .....

Nom, adresse et numéro du médecin traitant : .....

❖ *En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :*

### **Personne à prévenir rapidement :**

Nom et Prénom : .....

Qualité : .....

 : .....

❖ *En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

## SANTE :

## **Vaccinations :**

VACCINS	Date de la vaccination	Date du dernier rappel
BCG (facultatif)		
Diphhtérie Tétanos Polio (DTP)		
Rougeole Oreillons Rubéole (ROR) <u>recommandé</u>		

## **Autorisation d'intervention chirurgicale :**

Nous soussignés, Mr et Mme ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

**Port de lunettes \* :** oui non  
(\* ravez la mention inutile)

**PAI** : Pour toute maladie nécessitant l'administration de soins à l'école, formulez à la directrice de l'établissement une demande écrite pour la mise en place d'un PAI avant le 1er septembre.

**Indications particulières relatives à la santé de l'enfant :**.....

Fait à Maisons-Laffitte, le

### Signatures :

Père :

Mère :