

Ecole Notre Dame D'Alliance
1, rue de l'Ecu
35680 BAIS



FICHE ADMINISTRATIVE (version papier obligatoire) Année scolaire 2025/2026

Merci de remplir avec le plus grand soin chaque rubrique ; ces données nous permettent :

- D'intervenir rapidement et efficacement en cas d'urgence
- D'informer chacun des parents, autant que de besoin
- D'alimenter le suivi individuel de votre enfant dans la base de l'Education Nationale

ENFANT

Nom : Prénom :
Né(e) le : A :

RESPONSABLE 1

Autorité parentale : Oui Non
Nom : Prénom :
Adresse :
Profession : Tél :
Email :

RESPONSABLE 2

Autorité parentale : Oui Non
Nom : Prénom :
Adresse :
Profession : Tél :
Email :

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

Mariés Vie maritale Pacés Célibataires Séparés Divorcés Veuf(ve)

Si parents séparés, merci d'indiquer le mode de garde :

SANTE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital de secours le mieux adapté.

La famille est immédiatement avertie par l'école. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement, afin, notamment de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- Aux services médicaux d'urgence
- Aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés
- Dans le cadre de projet d'accompagnement spécifique PAI, PPS, aux partenaires mentionnés dans ces projets

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements ci-dessus et je m'engage à informer par écrit l'école de tout changement.

Poids : _____ - Taille : _____

Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	Appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	Appareil auditif	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	------------------	--------------------------

Si oui, merci de préciser si votre enfant doit garder son appareillage pendant :

- o les séances d'EPS/motricité OUI NON
- o les récréations OUI NON

MÉDECIN TRAITANT : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Téléphone : _____

ALLERGIES (alimentaires, médicamenteuses, animaux, plantes, pollen, maquillage...) :

L'enfant présente-t-il un **problème de santé qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté) oui non

RAPPEL

Aucun médicament ne peut être administré à l'école sans la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé. Si votre enfant a besoin de prendre son traitement pendant le temps de classe, ou s'il souffre d'une maladie chronique (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie, mucoviscidose...), vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire, en accord avec votre médecin traitant.

Merci de prendre contact au plus vite avec la directrice pour la mise en place de ce PAI.

DEMANDE DE PAI : oui non

Motif :

.....

DÉLÉGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) _____
demeurant à _____

autorise Céline LE PORT, directrice de l'École Notre-Dame d'Alliance à BAIS ou en son absence, l'adjoint ayant sa délégation, à prendre, EN CAS D'URGENCE (y compris lors des sorties scolaires), toutes les décisions de :

- transport
- d'hospitalisation
- ou d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé.

La présente autorisation vaut pour mon enfant :

_____ né(e) le _____

Cette délégation vaudra – sauf avis contraire notifié par écrit – pour l'ensemble de sa scolarité.

Fait à _____, le _____

EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident, l'établissement s'efforce d'aviser la famille par les moyens les plus rapides : vous joindre aux numéros de téléphone que vous avez indiqués au recto de cet imprimé.

Au cas où vous ne seriez pas joignable, merci de donner le nom et téléphone d'**une ou plusieurs personnes de confiance** pour vous prévenir rapidement :

N° de sécurité sociale du parent référent et adresse du centre :

Responsabilité civile	Compagnie d'assurance : _____	N° police d'assurance : _____
Individuelle accident <u>(Joindre obligatoirement une attestation)</u>	Compagnie d'assurance : _____	N° police d'assurance : _____

Visa du responsable 1

Visa du responsable 2

Ecole Notre Dame D'Alliance
1, rue de l'Ecu
35680 BAIS



DROIT A L'IMAGE
Année scolaire 2025-2026

Dans le cadre des activités scolaires, des photos ou vidéos peuvent-être réalisées. Nous sollicitons donc votre autorisation.

J'autorise par la présente, l'établissement ou le professionnel désigné par l'établissement à photographier (filmer, enregistrer, interviewer) mon enfant :
puis à reproduire et diffuser ces photographies (films, enregistrements, interviews, ...) sur les supports suivants : (*entourer*)

• Presse, bulletin communal, plaquette de l'école ...	Oui	Non
• Tout support (numérique et papier) à destination des familles des élèves, du personnel de l'école (cahier de vie, blog de la classe sécurisé ...)	Oui	Non
• Représentation sur grand écran de toutes les manifestations sportives, scolaires, culturelles, religieuses, pédagogiques	Oui	Non

Nous sommes informés que cette prestation et déclaration ne pourront donner lieu à aucune rémunération. Cette autorisation est donnée pour une année scolaire et est reconduite tacitement chaque année sauf changement expressément notifié par écrit.

AUTORISATION PARENTALE POUR LES SORTIES SCOLAIRES

Je soussigné/e :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Responsables(s) de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Classe :

L'autorise à participer à l'ensemble des sorties scolaires proposées par l'école, y compris les activités sportives et de piscine et à utiliser les transports de l'école pour toutes les destinations (promenades scolaires, classe de découverte, rencontres sportives, piscine,)

Signature obligatoire des parents :

Ecole Notre Dame D'Alliance
1, rue de l'Ecu
35680 BAIS



AUTORISATION DE SORTIE DE L'ECOLE 2025/2026

Je soussigné(e)

autorise n'autorise pas

mon enfantà rentrer seul à la maison à partir du CE1 sur présentation quotidienne de son badge ou d'un écrit du parent si c'est à titre exceptionnel : *(cocher les cases qui apparaitront sur son badge)*

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin				
Après-midi				

Je reconnais avoir été informé(e) que dès qu'il aura quitté l'enceinte de l'école, mon enfant ne sera plus sous la responsabilité juridique de l'établissement scolaire et qu'il sera sous ma seule responsabilité.

Sera pris en charge à la sortie de l'école par les personnes désignées ci-dessous :

Noms et Prénoms	N° de Téléphone	Lien de parenté

Signature des parents