NOM DE L'ENFANT : ……

PRENOM DE L'ENFANT : ……..……

Date de Naissance : ……..

Sexe de l'enfant: ○ Masculin ○ Féminin

Compléter un dossier par enfant

Maternelle : ❑

- petite section…… ○
- moyenne section…….. ○
- grande section…….. ○

Elémentaire : ❑

Classe :……

Lieu : ……..

Identification du responsable légal :

M. & Madame ☐ Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Situation de Famille :

Marié(e) ☐ Vie Maritale ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ou divorcé(e) ☐
Dans ce cas préciser où la facturation doit être adressée : Mère ☐ Père ☐ Les deux ☐

Fiche d'urgence et de renseignements année 2024/2025

	Père	**Mère**
Nom et Prénom		
Adresse		
N° de téléphone domicile		
N° de téléphone portable		
N° de téléphone professionnel		
Adresse Mail		
Date & lieu de naissance		
Profession		
Nom et adresse de l'Employeur		
N° sécurité Sociale		
Caisse d'allocation familiale	Nom de l'allocataire : N° d'allocataire (7 chiffres) :	

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

Nom et Prénom : …… Tél : ……
Nom et Prénom : …… Tél : ……
Nom et Prénom : …… Tél : ……

Personne à contacter en cas d'urgences :
Habilitée à prendre toutes dispositions concernant l'enfant en cas d'impossibilité de joindre les parents :

Nom et Prénom : ……..……Tél : ……
Nom et Prénom : …….…… Tél : ..……..

En cas d'accident, 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'accompagner de sa famille.

Assurance : responsabilité civile et une garantie individuelle accident N° du contrat et adresse de l'Assureur **:** .....
N° et adresse du Centre de Sécurité Sociale **:** .....
Nom et adresse de la mutuelle **:** **.....**

Date du dernier rappel de vaccin Antitétanique .....
Important : Joindre la photocopie de la page vaccination du carnet de santé.

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Allergie (autre qu'alimentaire) : Oui ☐ Non ☐ si oui précisez :
Votre enfant porte-t-il des lunettes Oui ☐ Non ☐
Votre enfant porte-t-il des lentilles Oui ☐ Non ☐
Votre enfant Porte-t-il un appareil dentaire Oui ☐ Non ☐

RESTAURATION :

Type de repas			
☐ Standard	Sans Porc ☐	Végétarien ☐	Panier Repas ☐

Allergie Alimentaire : Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser l'allergie : _____

Un P.A.I.(Projet d'accueil individualisé) devra impérativement être établi, et les parents devront fournir un panier repas, dans ce cas le coût sera 4.10 € (représentant les frais de garde)

Votre enfant a-t-il un PAI en cours **:** Oui ☐ Non ☐ (Joindre le protocole et toutes les informations utiles)

Autorisation : J'autorise que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités périscolaires et à ce que ces photos soient utilisées lors d'exposition au sein de la garderie et ou la cantine.

Oui ❑ Non ❑

Fait à _____ Le_____

Signature

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :
- Attestations d'employeurs

Pièces à transmettre au Sivos **avant le ……..**
- Attestation d'assurance (responsabilité civile et une garantie individuelle accident)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et m'engage :
- en cas d'absence de l'enfant, vous devez prévenir le SIVOS par mail à sivos.hautefeuille@laposte.net avant 08h00, dès le premier jour d'absence.

Je déclare avoir reçu le règlement de la garderie et de la restauration scolaire et je reconnais avoir pris connaissance de celui-ci.

Tout enfant inscrit au restaurant scolaire ne peut, sous quelque prétexte que ce soit, le quitter sans autorisation écrite des parents.

LU ET APPROUVE, FAIT A ……..…….. , LE ……..……
Signature du (des) représentant(s) légal (aux) *

L'inscription à la cantine scolaire est définie comme un acte usuel, il ne nécessite pas de recueillir l'accord des deux parents, conformément à l'art 372-2 du code civil.