

**Dossier à remettre à l'école  
le plus rapidement possible**

**MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE JEAN ROSTAND  
ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023**

**FICHE CONFIDENTIELLE DE SECURITÉ  
ACTIVITÉS SCOLAIRES ET PÉRISCOLAIRES**

*(Mise à jour annuelle)*

NOM de l'élève : .....

PRENOM(S) de l'élève : .....

CLASSE de l'élève (2022-2023) : .....

Externe  Demi-pensionnaire

Date de Naissance : .....

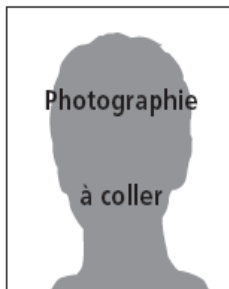
Sexe : M  F

Lieu de Naissance : .....

Nationalité : .....

Nombres de frères / sœurs : .....

Numéro de CAF : .....



**Parcours scolaire antérieur à 2022-2023\***

| Ecoles<br>Niveaux | Maternelle<br>Halphen    | Maternelle<br>La Ronce   | Maternelle<br>Jean Rostand | Elémentaire<br>La Ronce  | Elémentaire<br>Jean Rostand | Autres établissements<br>(écrire le nom de l'école) |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---|
|                   |                          |                          |                            |                          |                             |   |
| TPS               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |
| PS                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |
| MS                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |
| GS                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |
| CP                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |
| CE 1              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |
| CE 2              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |
| CM 1              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |
| CM 2              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | .....   |

**\*cochez les cases correspondantes**

**Informations médicales**

| Mettre une croix dans les cases   | NON                      | OUI                      |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| L'enfant a-t-il déjà reçu une visite médicale scolaire ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Niveau de classe : .....   |
| L'enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quel type ? .....  |
| L'enfant doit-il porter ses lunettes en permanence (récréation, motricité...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NB : nécessité de transmettre à l'école un certificat médical de l'ophtalmologiste avec prescription de « port de verres constant ».<br><i>NB : Cela peut être fait à tout moment dans l'année. Prévenir le directeur pour cela.</i> |

Informations qu'il vous paraît important de transmettre à l'école au sujet de votre enfant : problème(s) de santé, port d'appareil, port de lunettes simple, traitement médical, etc. :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de rappel du dernier vaccin DT Polio : .....

Date de rappel du dernier vaccin antitétanique : .....

Numéro de Sécurité sociale : .....

Adresse du Centre payeur : .....

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

**Le médecin de la famille doit-il être alerté ?**  Oui  Non

Si oui, merci de préciser : .....

Nom du médecin : .....

Téléphone du médecin : .....

## Informations sur la famille

Responsables légal(-aux) de l'enfant (cocher la/les réponses) :  Père  Mère  Tuteur

**NOM / Prénom du Père** : .....

Adresse : .....

Tél. mobile / domicile / professionnel du père : .....

Courriel du père : .....

Profession du père : .....

**NOM / Prénom de la Mère** : .....

Adresse : .....

Tél. mobile / domicile / professionnel de la mère : .....

Courriel de la mère : .....

Profession de la mère : .....

Votre mail peut-il être utilisé pour faciliter la communication enseignant-parents ?  OUI  NON

Si vous souhaitez que les documents officiels (résultats scolaires ...) soient envoyés à vos adresses respectives indiquées ci-dessus (prévenir par écrit si changement en cours d'année), veuillez cocher les cases suivantes :  OUI  NON

En cas de divorce, (ou de séparation), autorité parentale partagée :  OUI  NON

## Autorisation d'être photographié

### Photographies dans le cadre des activités scolaires et périscolaires:

J'accepte que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités, la diffusion étant limitée à l'école, au site de l'école ou au blog de classe (accès restreint aux parents de l'école par un mot de passe).

Je refuse que mon enfant soit photographié.

## Ateliers Périscolaires

**Dans le cadre des activités périscolaires (sport, arts plastiques, peinture, sorties...), votre enfant sera susceptible de se déplacer avec l'intervenant vers des structures extérieures**

J'autorise  Je n'autorise pas

## Activités culturelles, sportives et de plein air

Existe-t-il des contre-indications à la pratique d'activités en extérieur ?  OUI  NON

➔ En cas de réponse positive, merci de le signaler et de fournir un certificat médical.

## Autorisation liée aux associations de parents d'élèves

J'autorise à communiquer mon adresse aux associations parents d'élèves :

Mère :  J'autorise  Je n'autorise pas

Père :  J'autorise  Je n'autorise pas

## Informations en CAS D'URGENCE

Personnes à prévenir en cas d'urgence, **après les responsables légaux indiqués précédemment** :

**1<sup>ère</sup> personne (NOM / Prénom)** : .....

Lien de parenté : .....

Tél. mobile / domicile / professionnel : .....

**2<sup>ème</sup> personne (NOM / Prénom)** : .....

Lien de parenté : .....

Tél. mobile / domicile / professionnel : .....

## Informations complémentaires

**Votre enfant est-il autorisé (rappel : Pour les élèves d'élémentaire à la fin du temps scolaire – 11h30 et 16h30 – l'enfant est placé sous la responsabilité des parents, sauf s'il est inscrit au périscolaire) ?**

▪ à quitter l'école tout seul (élève d'élémentaire) ?

OUI  NON

▪ à quitter l'école accompagné de personnes autres que les représentants légaux ?

OUI  NON

Si oui, veuillez compléter :

NOM / Prénom / Parenté : .....

NOM / Prénom / Parenté : .....

➔ **Attention : tout changement devra être signalé par écrit à l'école et le service scolaire et périscolaire**

## Assurance scolaire et périscolaire de l'enfant

Responsabilité civile :  OUI  NON

Individuelle accident :  OUI  NON

Compagnie d'Assurance : .....

N° de Police : .....

NOM et Adresse de la compagnie : .....

(nous vous remercions de nous faire parvenir parallèlement l'attestation)

## Signatures des Responsables Légaux *(obligatoire)*

A .....

Le .....

**Père**



**Mère**



Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez l'école.