

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMMUNE TEMPS SCOLAIRE ET PERI-EXTRASCOLAIRE

Année scolaire : 2022 / 2023

ENFANT	
Nom de famille : .....	Nom d'usage : .....
Prénom(s) : .....	Né(e) le : .....
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Lieu de naissance : .....	
Etablissement de l'enfant :	
<input type="checkbox"/> Maternelle publique Saint-Exupéry <input type="checkbox"/> Élémentaire publique Saint-Exupéry <input type="checkbox"/> Élémentaire publique Jacques Prévert <input type="checkbox"/> Écoles / collèges / Lycée extérieurs à Chauray	
Niveau : .....	
Classe et enseignant(e) : .....	
Etablissement fréquenté l'année précédente et nom de l'enseignant(e) : .....	



REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom de famille : .....	Nom d'usage : .....
Prénom(s) : .....	Né(e) le : .....
Lieu de naissance : .....	
Profession ou catégorie Socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste ci-jointe)	
Adresse : .....	
Code Postal : ..... Ville : .....	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....	
Courriel : ..... Employeur : .....	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom de famille : .....	Nom d'usage : .....
Prénom(s) : .....	Né(e) le : .....
Lieu de naissance : .....	
Profession ou catégorie Socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste ci-jointe)	
Adresse : .....	
Code Postal : ..... Ville : .....	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....	
Courriel : ..... Employeur : .....	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) : .....	
Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.	
(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou aide sociale à l'enfance (pour responsable moral)	
Nom de famille : .....	Nom d'usage : .....
Prénom(s) : .....	Organisme : .....
Né(e) le : .....	Lieu de naissance : .....
Profession ou catégorie Socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste ci-jointe)	
Adresse : .....	
Code Postal : ..... Ville : .....	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....	
Courriel : ..... Employeur : .....	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS VIS-À-VIS L'UN DE L'AUTRE	
Mariés <input type="checkbox"/>	Vivant maritalement <input type="checkbox"/>
Pacsés <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>
Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Divorcés <input type="checkbox"/>
Séparés <input type="checkbox"/>	
Jugement de divorce Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales) - Date du dernier document : .....	

FRATRIE	
Noms - Prénoms : .....	Date de naissance : .....
Noms - Prénoms : .....	Date de naissance : .....
Noms - Prénoms : .....	Date de naissance : .....

ALLOCATION - ASSURANCE	
Numéro d'allocataire : .....	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> (Fournir une copie de l'attestation de quotient familial MSA)
Pour pouvoir participer aux sorties organisées par l'école, votre enfant doit être couvert par une assurance ( <b>individuelle-accident et responsabilité civile</b> ). Fournir une copie de l'attestation d'assurance à l'enseignant de la classe de chacun de vos enfants.	
Assurance - Nom et adresse : .....N° de police : .....	
Le responsable légal est immatriculé à la Sécurité sociale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Numéro de sécurité sociale : .....	
Sécurité sociale - Nom du centre : .....	

**PERSONNES À CONTACTER** (dans l'ordre de priorité) - en plus de l'autorité parentale

(\*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou aide sociale à l'enfance (pour responsable moral)

Lien avec l'élève (\*) : .....

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève 

Nom de famille : .....

Prénom(s) : .....

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève 

Nom de famille : .....

Prénom(s) : .....

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève 

Nom de famille : .....

Prénom(s) : .....

Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX****Vaccination obligatoire :** Fournir une copie des pages vaccinations du carnet de santé (ou d'une attestation du médecin prouvant que votre enfant est à jour de ses vaccinations).**Médecin traitant** - Nom, adresse et N° de Tél. : .....Port de : Lunettes  Lentilles  Prothèses auditives  Prothèses dentaires  Œil de verre  Autres : .....**Allergies alimentaires :** Oui  Non  Préciser : ..... (Fournir le PAI)**Allergies médicamenteuses :** Oui  Non  Préciser : ..... (Fournir le PAI)**Asthme :** Oui  Non  (Fournir le PAI)**Autres difficultés de santé :** .....Un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** a-t-il déjà été mis en place ?Oui  Fournir, aux directeurs/directrices des établissements, la reconduction du PAINon  Si besoin, prendre contact avec les directeurs/directrices des établissements pour évoquer la mise en place d'un PAI.*Rappel : Le PAI concerne les enfants atteints de troubles de la santé tels que : pathologie chronique (asthme, ...), allergies, intolérance alimentaire. Le PAI est un document écrit qui permet de préciser les adaptations à apporter à la vie de l'enfant en collectivité (école, accueil de loisirs).***Information en cas d'urgence :** En cas d'urgence, 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.**INFORMATIONS PERISCOLAIRES**Restaurant scolaire : Oui  Non  Transport scolaire : Non  Oui  (Établir la demande d'inscription sur scolaire@chauray.fr)**Repas spéciaux :** Sans porc  Sans viande  Sans poisson  Végétarien  Autres : .....**Paiement des factures de restauration :** Mère  Père  Tuteur  Tiers délégataire **Paiement des factures de garderie :** Mère  Père  Tuteur  Tiers délégataire Pour les parents en garde alternée : Semaine paire : Mère  Père  Semaine impaire : Mère  Père **Mode de règlement :**  Chèque CESU (- de 6 ans) et/ou Chèques vacances Prélèvement (Mandat SEPA) (Pour un 1 prélèvement ou un changement de compte bancaire, compléter, signer et fournir l'autorisation « Mandat de prélèvement SEPA »)**AUTORISATIONS****Autorisations de diffusion :**Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires Oui  Non Nous acceptons la mise en ligne ponctuelle de photos ou films de notre enfant sur le site de l'école ? : Oui  Non Nous acceptons que les productions écrites, vocales et plastiques de notre enfant soient publiées sur le site de l'école : Oui  Non Nous autorisons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités périscolaire et extrascolaire : Oui  Non Nous autorisons que les productions écrites, vocales et plastiques de notre enfant soient publiées sur le site internet de la commune, Facebook, et les publications d'informations municipales : Oui  Non **Traitement de données personnelles par la ville de Chauray :** La ville de Chauray collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino Web. Ce logiciel permet la gestion des structures scolaires, de la restauration et des accueils périscolaires et extrascolaires.J'accepte  Je n'accepte pas\*  le traitement de mes données et/ou des données de mon enfant. \*En cas de refus, l'inscription de votre enfant sur les activités péri et extrascolaires ne pourra pas être prise en compte.

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation de vos données personnelles en adressant vos demandes par écrit à la ville de Chauray.

**SIGNATURES**Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche. Nous certifions avoir pris connaissance des règlements intérieurs (voir le site internet de la ville) et nous nous engageons à respecter toutes les clauses. **Nous nous engageons à informer la mairie, le service jeunesse et l'école pour toutes modifications.**

À Chauray, le .....

Signatures du ou des responsables légaux