



**FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS**  
**ECOLE - RESTAURANT SCOLAIRE - ACTIVITES PERI- ET EXTRASCOLAIRES**  
**Année scolaire 2023/2024**



**A RENDRE AU PLUS TARD LE 10 JUIN 2023 A L'ECOLE (complet avec pièces complémentaires)**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM(S) : \_\_\_\_\_ SEXE :  M /  F **L'ENFANT**  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE (commune et département) : \_\_\_\_\_  
 CLASSE (rentrée 2023) : \_\_\_\_\_ ECOLE : \_\_\_\_\_  
 Domicile enfant :  Responsable légal 1  Responsable légal 2  autre : \_\_\_\_\_ /  garde alternée (fournir calendrier)

**PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX – écrire lisiblement et en lettres majuscules de préférence**

**Autorité parentale**  **Oui**  **Non** **Le responsable légal 1**

Père  Mère  Tuteur(trice), famille d'accueil...  
 marié(e)  union libre  pacsé(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e)  célibataire(e)  
 NOM : \_\_\_\_\_ NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_  
 Catégorie socio-professionnelle (cf.liste) : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Tel fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel. Pro : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ à utiliser pour Portail famille ?   
 N° allocataire : Caf / MSA : \_\_\_\_\_ N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**Autorité parentale**  **Oui**  **Non** **Le responsable légal 2**

Père  Mère  Tuteur(trice), famille d'accueil...  
 marié(e)  union libre  pacsé(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e)  célibataire(e)  
 NOM : \_\_\_\_\_ NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (si différente) : \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_  
 Catégorie socio-professionnelle (cf.liste) : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Tel fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel. Pro : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ à utiliser pour Portail famille ?   
 N° allocataire : Caf / MSA : \_\_\_\_\_ Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D'URGENCE - autres que les représentants légaux**

NOM - PRENOM	Lien avec enfant	Autorisé à récupérer l'enfant*	A prévenir en cas d'urgence	Tel fixe	Tel portable	Tel pro
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___/___	___/___/___/___	___/___/___/___
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___/___	___/___/___/___	___/___/___/___

\*A noter : à l'école juste durant le temps scolaire pas à la sortie de classe.  
 Si plus de contacts, merci de télécharger un feuillet supplémentaire sur [le site de la CCF www.cc-foret.fr](http://le site de la CCF www.cc-foret.fr)

**AUTORISATIONS - à compléter, dater et signer par chaque représentant légal ci-dessus**

Je soussigné.e. :	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Autorise mon enfant ( <i>élémentaire uniquement</i> ) à rentrer seul à la maison après : L'accueil périscolaire : L'accueil de loisirs (mercredis – vacances) :	oui - non* oui - non*	oui - non* oui - non*
<b>Ecole/Accueil</b> : Autorise mon enfant à participer aux sorties scolaires et/ou extrascolaires et autorise le transport de mon enfant dans le cadre de ces activités	oui - non*	oui - non*
<b>Droit à l'image</b> : votre enfant peut être photographié ou filmé, seul ou en groupe, dans le cadre des activités pédagogiques, sur le temps scolaire, péri & extrascolaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>Autorise l'école à prendre en photo ou filmer votre enfant et à les diffuser sur ses supports pédagogiques :</li> <li>Autorise la Mairie à prendre en photo ou filmer votre enfant et à les diffuser sur ses supports pédagogiques ou de communication:</li> <li>Autorise la CCF à prendre en photo ou filmer votre enfant et à les diffuser sur ses supports (site internet, bulletin communautaire ...) :</li> </ul>	oui - non* oui - non* oui - non*	oui - non* oui - non* oui - non*
<b>Ecole</b> : Autorise mon enfant à participer aux activités pédagogiques complémentaires (APC) sur proposition de l'enseignant(e) et en fonction de l'organisation scolaire :	oui - non*	oui - non*
<b>Ecole</b> : Autorise la transmission de mes coordonnées suivantes aux associations de parents d'élèves : Adresse mail :	oui - non*	oui - non*
Date :	___/___/___	___/___/___
Signature :		
<b>*Rayer mention inutile</b>		

**En complément de l'école, vous inscrivez votre enfant à :**

- Service de restauration scolaire - mairie  
 Service d'accueil périscolaire (matin et soir), et/ou mercredis et/ou vacances – CCF

**NOUVEAU : Espace famille commun pour la gestion de vos réservations – ouverture de votre accès dès traitement de votre dossier (sous réserve de présentation d'un dossier complet)**

**INSCRIPTION ADMINISTRATIVE**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CLASSE (rentrée 2023) : \_\_\_\_\_

DONNÉES SANITAIRES

**1 VACCINATIONS :**

Date du dernier rappel DTPolio : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Enfant né.e avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 : DTPolio obligatoire
- Enfant né.e à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 : DTPolio – Haemophilus b – Hépatite B – coqueluche – rougeole – oreillons – rubéole – pneumocoque et méningocoque obligatoires

**fournir obligatoirement une copie des pages de vaccinations (ou un certificat de contre-indication)**

**2** Nom – Adresse – n° téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

- ◆ Dispose-t'il d'un Projet d'Accueil individualisé (PAI) ? .....  Oui  Non  
 ↻ (si oui, joindre une copie)
- ◆ Prend-il un traitement médical régulier ? .....  Oui  Non
- ◆ Souffre-t'il d'allergies ? .....  médicamenteuse  alimentaire  autre : \_\_\_\_\_  
 asthme

**3 INFORMATIONS SANITAIRES DIVERSES / RECOMMANDATIONS** (maladie, accident, lunettes, prothèses auditives ...)

**A noter :** en cas d'allergie, handicap, maladie chronique avec régime alimentaire ou prise en charge adaptée durant les activités scolaires, péri-, extra-scolaires) un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) établi par un médecin et associant les différents partenaires (école/mairie/CCF) est nécessaire.

**ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE DE L'ENFANT** (copie(s) à joindre obligatoirement ou fournir dès la rentrée)

Responsabilité civile : Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Individuelle accident : Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence (accident, malaise), le responsable contacte le médecin régulateur du Samu – 15. Le directeur d'école ou de la collectivité (mairie ou CCF) s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides

**REGIME ALIMENTAIRE** (restaurant scolaire et accueils de loisirs)

- pas de régime particulier
- repas sans porc
- repas sans viande
- P.A.I. (allergie ou autre trouble de santé) → précisez (et joindre PAI) : \_\_\_\_\_

Le règlement de fonctionnement du restaurant scolaire est disponible en Mairie ou consultable sur le panneau d'affichage du restaurant scolaire et sur le site de la mairie: [www.mairie-trainou.fr](http://www.mairie-trainou.fr)

Le règlement de fonctionnement des services d'accueil périscolaire et de loisirs est disponible à la CCF, dans les accueils ou consultable sur le site de la CCF [www.cc-foret.fr](http://www.cc-foret.fr)

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Je soussigné.e.....		
Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteste avoir pris connaissance des termes des règlements de fonctionnement des services de restaurant scolaire et/ou d'accueil péri-/extrascolaire, et en accepter les conditions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Spécifique vacances</u> : J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour, à faire sortir mon enfant de l'hôpital, après une hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait le :		
Signature :		

Attention :

il est de votre responsabilité de signaler sans tarder tout changement survenant en cours d'année scolaire (situation familiale, coordonnées, adresse ...) auprès de l'école, de la Mairie et de la CCF

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'école, la CCF et la mairie, en leur qualité de responsable de traitement, pour l'organisation des services école, restauration scolaire et accueils périscolaire et de loisirs. La base légale de ce traitement est l'exécution contractuelle. Vos données sont conservées pendant toute la durée légale, sauf indication contraire de votre part, sont destinées aux services de l'éducation nationale, restauration et accueils périscolaires et de loisirs et sont hébergées en France. Conformément à la loi 78-17 "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD (Règlement général sur la protection des données), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, demander leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime en nous contactant par courrier à Communauté de Communes de la Forêt - Service enfance 15 rue du Mail Est 45170 Neuville-Aux-Bois ; Mairie de Trainou, 1103 rue de la République 45470 Trainou ; école maternelle ou élémentaire de Trainou. Si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Cnil à l'adresse <https://www.cnil.fr/plaintes>.