

Mairie d'Aubepierre/Ozouer le Repos 15 rue de Paradis 77720 AUBEPIERRE OZOUER LE REPOS Tél : 01.64.06.92.95 Mail : mairie-aubepierre-ozouer@wanadoo.fr	FICHE DE RENSEIGNEMENTS FICHE SANITAIRE FICHE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2022/2023
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

ELEVE

Nom :Prénom :Sexe :

Né le.....à.....

Adresse :

Classe et école en 2022/2023 :

FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE

	Père	Mère	Autre : conjoint(e)
Nom			
Prénom			
Nom de jeune fille			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Profession			
Entreprise			
Téléphone travail			
Autorité parentale			
Email de la famille			

AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom prénom :Qualité : (voisin, ami, autre).....

Tél :adresse :

Nom prénom :Qualité : (voisin, ami, autre).....

Tél :adresse :

FRERES ET SŒURS

Nom					
Prénom					
Année de naissance					

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT A L'ECOLE

Nom				
Prénom				
Lien de parenté				
Tél				

ASSURANCE

Compagnie d'assurance de l'enfant :

.....

N° de police :

.....

DOSSIER SANTE

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

N° sécurité sociale.....Hôpital souhaité.....

Médecin traitant :.....Ville :.....Tél :

Médicaments ou aliments interdits :

Autres problèmes de santé :

Port de lunettes : en permanence ou en classe seulement

Je soussigné.....

Responsable de l'enfant en tant que (père, mère, ou tuteur) :.....

Donne l'autorisation de soigner, d'opérer mon enfant

Et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation.

Je m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Date :.....Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES (faire des croix pour les réponses)

	OUI	NON
Accueil périscolaire		
Restauration scolaire		
Transport scolaire		

AUTORISATION PHOTOS

J'autorise l'utilisation des photos où apparait mon enfant. OUI NON

Je m'engage à signaler tout changement en cours d'année, modifiant les indications mentionnées sur cette fiche, et reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire, de l'APS et du transport.

Date

Signature père

Signature mère