



SERVICE SCOLAIRE
Année scolaire 2016 - 2017

Imprimé à retourner au Service Scolaire :
9 bis, Rue Doyen R. Gosse – 34800 CLERMONT L'HERAULT – Tél. 09.64.05.27.04
Courriel : scolaire@clermont-herault.com

DONNEES FAMILLE

REPRÉSENTANTS LEGAUX :

REPRÉSENTANT 1 :

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F (*)

Situation matrimoniale : Célibataire – Concubin (ine) - Marié (e) – Pacsé (e) - Séparé (e) – Divorcé (e) – Veuf (ve)

Né (e) le : ____ / ____ / ____ à _____ Nationalité : _____

Moyens de contact :

Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Mobile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Courriel : _____

Adresse domicile : _____

Profession : _____

Professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Poste : ____ Mobile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Courriel : _____

Adresse employeur : _____

REPRÉSENTANT 2 :

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F (*)

Situation matrimoniale : Célibataire – Concubin (ine) - Marié (e) – Pacsé (e) - Séparé (e) – Divorcé (e) – Veuf (ve)

Né (e) le : ____ / ____ / ____ à _____ Nationalité : _____

Moyens de contact :

Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Mobile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Courriel : _____

Adresse domicile : _____

Profession : _____

Professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Poste : ____ Mobile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Courriel : _____

Adresse employeur : _____

DONNEES FAMILLE (SUITE)


**CONTACTS (PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER LES ENFANTS A LA SORTIE DES ACTIVITES ET
POUVANT ETRE SOLLICITEES EN L'ABSENCE DES REPRESENTANTS) :**


CONTACT 1 :

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F (*)

Lien avec la famille (grands-parents, voisins, assistante maternelle, etc...) : _____

Moyens de contact :

 Domicile : ____/____/____/____/____

 Mobile : ____/____/____/____/____

Fax : ____/____/____/____/____

Courriel : _____


Adresse domicile : _____


CONTACT 2 :

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F (*)

Lien avec la famille (grands-parents, voisins, assistante maternelle, etc...) : _____

Moyens de contact :

 Domicile : ____/____/____/____/____

 Mobile : ____/____/____/____/____

Fax : ____/____/____/____/____

Courriel : _____

Adresse domicile : _____

CONTACTS INTERDITS (PERSONNES PRIVEES DE DROITS SUR LES ENFANTS) :

NON OUI (Si oui données à compléter directement au Service Scolaire)

DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES ÉVENTUELLES :

ENFANTS SCOLARISES EN MATERNELLE OU ELEMENTAIRE : REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE OU ASSURANCE COUVRANT LES ACTIVITÉS EXTRA SCOLAIRES

Les enfants inscrits aux services périscolaires doivent obligatoirement bénéficier d'une assurance responsabilité civile. L'assurance individuelle accident est fortement recommandée. L'assurance responsabilité civile et individuelle accident garantit les dommages subis ou provoqués par l'enfant. Les parents doivent vérifier sur leur contrat d'assurance si les risques scolaires et extra scolaires sont bien couverts

Je soussigné (e) _____

- certifie que mon (mes) enfant (s) est (sont) à jour des vaccinations obligatoires pour être inscrit (s) dans une collectivité (diphtérie, tétanos, poliomyélite),
- certifie que mon (mes) enfant (s) bénéficie(nt) d'une assurance responsabilité civile pour les activités extra scolaires,
- assume l'entière responsabilité des déclarations portées sur le présent imprimé,
- m'engage à respecter le règlement intérieur des services périscolaires auxquels est (sont) inscrit (s) mon (mes) enfant (s),
- autorise (*) mon (mes) enfant (s) à être photographié (s) dans le cadre des activités périscolaires,
- n'autorise pas (*) mon (mes) enfant (s) à être photographié (s) dans le cadre des activités périscolaires et remet une photo au Service Scolaire pour permettre son (leur) identification.

Fait à Clermont l'Hérault,

Le ____ / ____ / ____.

Signature :

Les données personnelles inscrites au présent formulaire ne pourront être exploitées que pour l'organisation et le fonctionnement des services périscolaires municipaux. Vous disposez des droits d'opposition, d'accès et de rectification des données vous concernant, prévus par la Loi n° 78-17 dite "Informatique et Libertés".

IMPORTANT : Toute modification de ces données doit être signalée le plus rapidement possible au Service Scolaire.

(*) cocher la case

ENFANT 1 (COCHEZ LA CASE SI STATUT GARDE ALTERNEE):NOM – Prénom : _____ Sexe : M F (*)

Né (e) le : ____ / ____ / ____ à _____ Nationalité : _____

ECOLE : _____ Niveau _____ Classe _____

Inscription aux services périscolaires :**Garderie : Oui Non - Restauration : Oui Non - Accueil 16 h à 17 h : Oui Non** **FICHE D'URGENCE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE RESPONSABLE LEGAL**

NOM du représentant légal : _____ Prénom : _____

N° Sécurité Sociale : _____

INFORMATIONS

- En cas d'accident le service s'efforce de prévenir la famille rapidement.
- En cas d'urgence, le service appelle le SAMU (15) qui assure l'évaluation médicale et détermine le mode de transport approprié (ambulance privée le plus souvent, si nécessaire transport médicalisé d'urgence) vers l'Hôpital le mieux adapté. Ces renseignements administratifs seront communiqués aux ambulanciers privés pour permettre la prise en charge financière du transport et des soins directement par les organismes d'assurance maladie, le complément pouvant être assuré par les dispositifs complémentaires (mutuelle, C.M.U., assurance scolaire,...).
- Excepté dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé Périscolaire (P.A.I.P.), les médicaments sont interdits sur les sites d'accueil périscolaire et le personnel communal n'est pas habilité à administrer un médicament quelconque (aspirine, sirop, etc...) aux enfants.

Un élève ne peut sortir de l'Hôpital qu'accompagné de sa famille ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité.

Personne que vous désignez dans ce cas particulier :

NOM prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

AUTORISATION D'ANESTHESIE POUR INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur _____

Autorisons l'anesthésie de notre fils / fille _____

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Il vous est possible de transmettre, à l'attention des secours, des informations confidentielles sous pli cacheté.

Pli confidentiel joint : Oui Non (cochez la case)

ENFANT 2 (COCHEZ LA CASE SI STATUT GARDE ALTERNEE):NOM – Prénom : _____ Sexe : M F (*)

Né (e) le : ____ / ____ / ____ à _____ Nationalité : _____

ECOLE : _____ Niveau _____ Classe _____

Inscription aux services périscolaires :**Garderie : Oui Non - Restauration : Oui Non - Accueil 16 h à 17 h : Oui Non** **FICHE D'URGENCE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE RESPONSABLE LEGAL**

NOM du représentant légal : _____ Prénom : _____

N° Sécurité Sociale : _____

INFORMATIONS

- En cas d'accident le service s'efforce de prévenir la famille rapidement.
- En cas d'urgence, le service appelle le SAMU (15) qui assure l'évaluation médicale et détermine le mode de transport approprié (ambulance privée le plus souvent, si nécessaire transport médicalisé d'urgence) vers l'Hôpital le mieux adapté. Ces renseignements administratifs seront communiqués aux ambulanciers privés pour permettre la prise en charge financière du transport et des soins directement par les organismes d'assurance maladie, le complément pouvant être assuré par les dispositifs complémentaires (mutuelle, C.M.U., assurance scolaire,...).
- Excepté dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé Périscolaire (P.A.I.P.), les médicaments sont interdits sur les sites d'accueil périscolaire et le personnel communal n'est pas habilité à administrer un médicament quelconque (aspirine, sirop, etc...) aux enfants.

Un élève ne peut sortir de l'Hôpital qu'accompagné de sa famille ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité.

Personne que vous désignez dans ce cas particulier :

NOM prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

AUTORISATION D'ANESTHESIE POUR INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur _____

Autorisons l'anesthésie de notre fils / fille _____

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Il vous est possible de transmettre, à l'attention des secours, des informations confidentielles sous pli cacheté.

Pli confidentiel joint : Oui Non (cochez la case)

ENFANT 3 (COCHEZ LA CASE SI STATUT GARDE ALTERNEE):NOM – Prénom : _____ Sexe : M F (*)

Né (e) le : ____ / ____ / ____ à _____ Nationalité : _____

ECOLE : _____ Niveau _____ Classe _____

Inscription aux services périscolaires :**Garderie : Oui Non - Restauration : Oui Non - Accueil 16 h à 17 h : Oui Non** **FICHE D'URGENCE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE RESPONSABLE LEGAL**

NOM du représentant légal : _____ Prénom : _____

N° Sécurité Sociale : _____

INFORMATIONS

- En cas d'accident le service s'efforce de prévenir la famille rapidement.
- En cas d'urgence, le service appelle le SAMU (15) qui assure l'évaluation médicale et détermine le mode de transport approprié (ambulance privée le plus souvent, si nécessaire transport médicalisé d'urgence) vers l'Hôpital le mieux adapté. Ces renseignements administratifs seront communiqués aux ambulanciers privés pour permettre la prise en charge financière du transport et des soins directement par les organismes d'assurance maladie, le complément pouvant être assuré par les dispositifs complémentaires (mutuelle, C.M.U., assurance scolaire,...).
- Excepté dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé Périscolaire (P.A.I.P.), les médicaments sont interdits sur les sites d'accueil périscolaire et le personnel communal n'est pas habilité à administrer un médicament quelconque (aspirine, sirop, etc...) aux enfants.

Un élève ne peut sortir de l'Hôpital qu'accompagné de sa famille ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité.

Personne que vous désignez dans ce cas particulier :

NOM prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

AUTORISATION D'ANESTHESIE POUR INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur _____

Autorisons l'anesthésie de notre fils / fille _____

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Il vous est possible de transmettre, à l'attention des secours, des informations confidentielles sous pli cacheté.

Pli confidentiel joint : Oui Non (cochez la case)

ENFANT 4 (COCHEZ LA CASE SI STATUT GARDE ALTERNEE):NOM – Prénom : _____ Sexe : M F (*)

Né (e) le : ____ / ____ / ____ à _____ Nationalité : _____

ECOLE : _____ Niveau _____ Classe _____

Inscription aux services périscolaires :**Garderie : Oui Non - Restauration : Oui Non - Accueil 16 h à 17 h : Oui Non** **FICHE D'URGENCE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE RESPONSABLE LEGAL**

NOM du représentant légal : _____ Prénom : _____

N° Sécurité Sociale : _____

INFORMATIONS

- En cas d'accident le service s'efforce de prévenir la famille rapidement.
- En cas d'urgence, le service appelle le SAMU (15) qui assure l'évaluation médicale et détermine le mode de transport approprié (ambulance privée le plus souvent, si nécessaire transport médicalisé d'urgence) vers l'Hôpital le mieux adapté. Ces renseignements administratifs seront communiqués aux ambulanciers privés pour permettre la prise en charge financière du transport et des soins directement par les organismes d'assurance maladie, le complément pouvant être assuré par les dispositifs complémentaires (mutuelle, C.M.U., assurance scolaire,...).
- Excepté dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé Périscolaire (P.A.I.P.), les médicaments sont interdits sur les sites d'accueil périscolaire et le personnel communal n'est pas habilité à administrer un médicament quelconque (aspirine, sirop, etc...) aux enfants.

Un élève ne peut sortir de l'Hôpital qu'accompagné de sa famille ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité.

Personne que vous désignez dans ce cas particulier :

NOM prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

AUTORISATION D'ANESTHESIE POUR INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur _____

Autorisons l'anesthésie de notre fils / fille _____

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Il vous est possible de transmettre, à l'attention des secours, des informations confidentielles sous pli cacheté.

Pli confidentiel joint : Oui Non (cochez la case)