



FAMILLE : (nom et prénom du /des représentants légal/légaux) :

### FICHE INDIVIDUELLE (une / enfant)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Classe (au 01/09/2021) :

### ASSURANCE

Compagnie d'assurance :

N° de police :

Joindre certificat d'assurance scolaire

### AUTORISATIONS ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisé à partir seul (les enfants de maternelle ne sont pas concernés)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, quand :		
Avant la garderie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Après la garderie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'autorise la commune de Sottevast à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et notamment à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou anesthésie décidée par un médecin et m'engage à rembourser les frais engagés le cas échéant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autorise la prise de photo et la publication	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Port de lunettes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Port d'un appareil dentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Port d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

# FICHE DE LA FAMILLE

## Responsable 1

Civilité :  Prénom :  .. Nom :

### Adresse

Adresse :

Code postal :  .. Ville

Courriel :

Merci de bien vouloir vérifier l'adresse électronique qui apparaît sur le portail e-enfance de berger levrault

### Contact en cas d'urgence

	Domicile	Travail
Fixe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Autorisations

**Information par mail** : Oui  - Non  **Information par SMS** : Oui  Non  (usage très occasionnel)

### Données complémentaires

Indiquez ici les informations que vous souhaitez nous faire connaître :

## Responsable 2

Civilité :  ..Prénom  .. Nom :

### Adresse

Adresse :

Code postal :  Ville :

Courriel :

	Domicile	Travail
Fixe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Données complémentaires

Indiquez ici les informations que vous souhaitez nous faire connaître :

## RENSEIGNEMENTS TELEPHONIQUES

Nom- prénom + commune du domicile	Statut par rapport à l'enfant	N°s de Téléphone	Autorisé à reprendre l'/les enfant(s) en cas d'urgence
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="text-align: center;">Tél du domicile</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Portable personne :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Tél du travail :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Portable du travail :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 60%; margin: auto;"></div>
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="text-align: center;">Tél du domicile</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Portable personne :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Tél du travail :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Portable du travail :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 60%; margin: auto;"></div>
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="text-align: center;">Tél du domicile</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Portable personne :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Tél du travail :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Portable du travail :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 60%; margin: auto;"></div>
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="text-align: center;">Tél du domicile</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Portable personne :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Tél du travail :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div> <div style="text-align: center;">Portable du travail :</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 60%; margin: auto;"></div>

<div data-bbox="76 107 480 340" style="border: 1px solid black; height: 104px; width: 253px;"></div>	<div data-bbox="531 107 865 371" style="border: 1px solid black; height: 118px; width: 209px;"></div>	<div data-bbox="900 98 1339 163" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="900 199 1339 264" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="900 300 1339 365" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="900 400 1339 465" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable du travail :</div>	<div data-bbox="1385 138 1513 248" style="border: 1px solid black; height: 49px; width: 80px;"></div>
<div data-bbox="65 490 466 701" style="border: 1px solid black; height: 94px; width: 251px;"></div>	<div data-bbox="541 483 863 768" style="border: 1px solid black; height: 127px; width: 202px;"></div>	<div data-bbox="890 477 1350 542" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="890 577 1350 642" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="890 678 1350 743" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="890 779 1350 844" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable du travail :</div>	<div data-bbox="1385 495 1513 607" style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 80px;"></div>
<div data-bbox="81 866 488 1151" style="border: 1px solid black; height: 127px; width: 255px;"></div>	<div data-bbox="544 853 847 1133" style="border: 1px solid black; height: 125px; width: 194px;"></div>	<div data-bbox="890 842 1350 907" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="890 943 1350 1008" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="890 1043 1350 1108" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="890 1144 1350 1209" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable du travail :</div>	<div data-bbox="1385 913 1513 1043" style="border: 1px solid black; height: 58px; width: 80px;"></div>
<div data-bbox="78 1252 488 1581" style="border: 1px solid black; height: 147px; width: 257px;"></div>	<div data-bbox="534 1261 858 1545" style="border: 1px solid black; height: 127px; width: 203px;"></div>	<div data-bbox="890 1236 1350 1301" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="890 1337 1350 1402" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="890 1438 1350 1503" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="890 1538 1350 1603" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable du travail :</div>	<div data-bbox="1385 1308 1513 1440" style="border: 1px solid black; height: 59px; width: 80px;"></div>
<div data-bbox="75 1680 453 1877" style="border: 1px solid black; height: 88px; width: 237px;"></div>	<div data-bbox="541 1686 842 1966" style="border: 1px solid black; height: 125px; width: 189px;"></div>	<div data-bbox="890 1648 1350 1713" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="890 1749 1350 1814" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="890 1850 1350 1915" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="890 1951 1350 2016" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable du travail :</div>	<div data-bbox="1385 1720 1513 1852" style="border: 1px solid black; height: 59px; width: 80px;"></div>

# FICHE SANITAIRE 2021-2022 (une fiche / enfant)

## IDENTITE ET COORDONNEES DE L'ENFANT

Nom et Prénom :

Né(e) le :

Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant.

Médecin traitant :

A

Tél

POIDS :

TAILLE

GROUPE SANGUIN :

## VACCINATION (se référer au carnet de santé de l'enfant)

-BCG :  oui  non

Date du dernier : rappel :

-DTP  oui  non

Date du dernier rappel :

-Hépatite B  oui  non

Date du dernier rappel

-Autres (précisez) :

## ALLERGIES

-ASTHME  oui  non

-MEDICAMENTEUSES  oui  non -

ALIMENTAIRES  oui  non

-AUTRES (animaux, plantes, pollen...) :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Commentaires éventuels

(joindre le PAI)

Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? oui  non

## ENFANT(S) DU FOYER SCOLARISE(S) A SOTTEVAST

Prénom et nom du/des enfant(s) concerné(s) :

➤ Prénom et nom :

..... ➤ Prénom et nom :

..... ➤ Prénom et nom :

## SERVICE : CANTINE

### Présence régulière

Nom :

Prénom :

(A indiquer uniquement si les jours de fréquentation de la cantine varient selon les enfants). Sans information tous les enfants du foyer seront inscrits selon les cases ci-dessous cochées

**Présent(s) le** (cochez la case correspondante au jour de présence de l'/les enfant(s))

Lundi :

Mardi :

Jeudi :

Vendredi :

Nom :

Prénom :

(A indiquer uniquement si les jours de fréquentation de la cantine varient selon les enfants). Sans information tous les enfants du foyer seront inscrits selon les cases ci-dessous cochées

**Présent(s) le** (cochez la case correspondante au jour de présence de l'/les enfant(s))

Lundi :

Mardi :

Jeudi :

Vendredi :

### Possibilité de fréquentation occasionnelle en fonction des places disponibles

Indiquez ci-dessous le nom et prénom de l'enfant concerné par la fréquentation occasionnelle si le mode de restauration varie selon les enfants.

Nom :

Prénom :

### Allergie alimentaire :

Précisez la nature

(Un P.A.I. sera demandé)

Nom :

Prénom :

## SERVICE : GARDERIE

Nom :

Prénom :

(A indiquer uniquement si les jours de fréquentation à la garderie varie selon les enfants). Sans information, tous les enfants du foyer seront inscrits selon les cases ci-dessous cochées

	LE MATIN			
	TRANCHES HORAIRES D'ARRIVEE			
	(A titre d'information, merci de préciser si possible le créneau d'arrivée de votre enfant)			
	7h30 – 8h00	8h00 - 8h00	Horaires irréguliers	
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fréquentation occasionnelle	<input type="checkbox"/>			
	LE SOIR			
	TRANCHES HORAIRES DE DEPART			
	(A titre d'information, merci de préciser si possible le créneau de départ de votre enfant)			
	16h00-16h30	16h30-17h00	17h00-17h30	17h30-18h00
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquentation occasionnelle	<input type="checkbox"/>			

Fait le

, à

En cochant la case ci-contre, je certifie :

- que je vérifierais les données présentes sur le portail famille  
ou

- je procéderaï moi-même à la saisie des données manquantes sur le portail  
famille

- les données ci-dessus indiquées

Case à cocher