



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

FICHE INDIVIDUELLE (une / enfant)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Classe (au 01/09/2022) : TPS PS MS] GS CP | CE1 CE2 CM1 CM2

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 e 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>	<p style="text-align: center;">Tél du domicile</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Portable personne :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Tél du travail :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Portable du travail :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40%; 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>	<p style="text-align: center;">Tél du domicile</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Portable personne :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Tél du travail :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Portable du travail :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40%; 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>	<p style="text-align: center;">Tél du domicile</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Portable personne :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Tél du travail :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Portable du travail :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40%; 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>	<p style="text-align: center;">Tél du domicile</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Portable personne :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Tél du travail :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Portable du travail :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40%; margin: auto;"></div>

<div data-bbox="76 107 480 342" style="border: 1px solid black; height: 105px; width: 253px;"></div>	<div data-bbox="531 80 865 349" style="border: 1px solid black; height: 120px; width: 219px;"></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="536 535 847 763" style="border: 1px solid black; height: 102px; width: 205px;"></div>	<div data-bbox="890 479 1350 544" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="890 580 1350 645" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="890 680 1350 745" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="890 781 1350 846" 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="81 862 488 1144" style="border: 1px solid black; height: 126px; width: 255px;"></div>	<div data-bbox="539 855 842 1137" style="border: 1px solid black; height: 126px; width: 190px;"></div>	<div data-bbox="890 844 1350 909" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="890 945 1350 1010" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="890 1046 1350 1111" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="890 1146 1350 1211" 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="81 1243 491 1570" style="border: 1px solid black; height: 146px; width: 257px;"></div>	<div data-bbox="536 1283 839 1565" style="border: 1px solid black; height: 126px; width: 193px;"></div>	<div data-bbox="890 1238 1350 1303" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="890 1339 1350 1404" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="890 1440 1350 1505" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="890 1541 1350 1606" 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="76 1680 453 1877" style="border: 1px solid black; height: 88px; width: 236px;"></div>	<div data-bbox="536 1662 839 1944" style="border: 1px solid black; height: 126px; width: 192px;"></div>	<div data-bbox="890 1650 1350 1715" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du domicile</div> <div data-bbox="890 1751 1350 1816" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portable personne :</div> <div data-bbox="890 1852 1350 1917" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tél du travail :</div> <div data-bbox="890 1953 1350 2018" 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 2022-2023 (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