



NOM et Prénom de l'enfant : .....

## 5. FRATRIES

NOMS et Prénoms des frères et sœurs	Dates de Naissance	Ecoles Fréquentées ou Professions

## 6. FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ➤ Assurance Scolaire et Périscolaire

Complémentaire santé (mutuelle) : Oui  Non

Compagnie ..... N° : ..... Adresse : .....

### ➤ Renseignements médicaux concernant l'enfant

- Coordonnées du médecin traitant (Nom, Prénom, Téléphone) : .....

- A-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez les cases) :

Rubéole	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Otites	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>

### ➤ Vaccinations de l'enfant (« D.T. Polio » à remplir obligatoirement)

Vaccins	OUI	NON	Dates Rappels	Vaccins recommandés	Dates Rappels
D.T. Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre (préciser) :	
Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### ➤ Recommandations particulières

- A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladie, accident ... (précisez les dates) : .....

- Allergies : Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire

Autre(s) : .....

Complément d'informations : .....

Je soussigné(é) .....

Responsable légal de l'enfant .....

## 7. AUTORISATIONS PARENTALES

- Certifie exacts tous les renseignements fournis
- Certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Ecole Primaire « Octave Vigne », ainsi que ceux des Temps Périscolaires et Extrascolaires
- Accepte de me conformer à ces derniers et de supporter les sanctions prévues en cas de non-respect
- Autorise mon enfant à pratiquer les activités proposées (déplacements en bus, à pied, à vélo, baignades, visites, ...) et m'engage, dans le cas contraire, à prévenir la Direction ;
- Autorise les organisateurs à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.
- M'engage à signaler tout changement de situation.

A Montfort sur Argens le ..... / ..... / ..... Signature du (des) responsable(s) de l'enfant :

Pour servir et valoir ce que de droit.



## 8. DROIT À L'IMAGE Pendant le temps scolaire      AUTORISE N'AUTORISE PAS

Réalisation d'images fixes ou animées susceptibles d'être utilisées dans le cadre d'une correspondance scolaire, ou pour illustrer des activités de classe ou de l'école, dans un but strictement pédagogique et éducatif.

## 9. DROIT À L'IMAGE Pendant les temps Péri et Extrascolaires      AUTORISE N'AUTORISE PAS

Prise de photographie et de vidéos représentant mon enfant.  
Diffusion et publication possibles de ces photographies et vidéos sur le site internet communautaire [www.montfort-sur-argens.fr](http://www.montfort-sur-argens.fr) et dans des articles de presse, supports de communication (affiches, blog, ...) et d'informations relatifs à la promotion des activités.

*Conformément à la loi, le libre accès aux photos et vidéos qui vous concernent est garanti.*

*Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait des photos ou vidéos si vous le jugez utile.*

## 10. UTILISATION DE L'ADRESSE E-MAIL      AUTORISE N'AUTORISE PAS

J'accepte que l'École Primaire Publique « Octave Vigne » et la Mairie de Montfort-Sur-Argens m'envoient des informations à l'adresse e-mail mentionnée dans ce dossier, et déclare être pleinement informé(e) par ce biais.

## 11. CONSULTATION DES RESSOURCES (temps Péri et Extrascolaires)      AUTORISE N'AUTORISE PAS

Pour faciliter vos démarches, la Mairie de Montfort-Sur-Argens, par convention avec la CAF du Var, a la possibilité de consulter les ressources des allocataires afin de déterminer le tarif applicable à vos enfants pour les Centres de Loisirs Périscolaires (Mercredi) et Extrascolaires (Vacances Scolaires). Cette consultation est tenue au secret professionnel, et est réalisée uniquement par des agents autorisés par la CAF. Attention : Les parents qui ne donneront pas leur accord, et qui ne fourniraient pas non plus les justificatifs de leurs revenus, se verront appliquer le tarif maximum.

A Montfort sur Argens le ..... / ..... / ..... Signature du (des) responsables de l'enfant :

Pour servir et valoir ce que de droit.





## FICHE D'URGENCE À L'ATTENTION DES PARENTS<sup>(1)</sup>

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :	ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE « OCTAVE VIGNE » Quartier Pré de Clastre 83570 Montfort-Sur-Argens	ANNÉE SCOLAIRE : .....
--------------------------	---	------------------------

Nom : .....	Prénom : .....
Classe : .....	Date de naissance : .....
Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....	
.....	
.....	
N° et adresse du Centre de sécurité sociale : <input type="checkbox"/>	
.....	
.....	
N° et adresse de l'assurance scolaire : .....	
.....	

En cas d'accident ou malaise aigu, le directeur d'école ou chef d'établissement appelle le SAMU : 15  
Il s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : .....
2. N° du travail du père : ..... Poste : .....
3. N° du travail de la mère : ..... Poste : .....
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....  
.....

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

Veuillez nous préciser les éléments suivants :

- Date du dernier vaccin antitétanique : .....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) :  OUI  NON

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières dans le cadre scolaire, un projet d'accueil individualisé pourra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès du directeur d'école ou chef d'établissement.

- Nom - Adresse - N° de téléphone du médecin traitant : .....

.....

SIGNATURE DU PÈRE



SIGNATURE DE LA MÈRE



<sup>(1)</sup> Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

