



Fiche administrative Année scolaire 2019/2020

VILLE DE SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY

Pôle Education
Petite Enfance / Enfance / Jeunesse
185 AVENUE DE FONTAINEBLEAU

77310 SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY
Tel : 01 60 65 20 20 Fax : 01 60 65 43 43
serv-famille@saint-fargeau-ponthierry.fr

Enfant

Nom :	Prénom :	Photo
Age :		
Sexe :		
Mobile :		
Nationalité :		
Né(e) le ___/___/___ à		
Etablissement scolaire fréquenté à la rentrée 2019 :	Classe :	

Responsable légal 1

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Né(e) le ___/___/___ à	
Nationalité :	
Téléphone 1 :	
Téléphone 2 :	
Mobile :	
N Sécurité Sociale :	
N Allocataire CAF :	
Profession :	
Société :	
Tél. Pro. :	
Tél. Pro. 2 :	
E-mail :	
Régime d'affiliation:	
Assurance :	
N de police :	
Autorité Parentale : Oui / Non	

Responsable légal 2

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Né(e) le ___/___/___ à	
Nationalité :	
Téléphone 1 :	
Téléphone 2 :	
Mobile :	
N Sécurité Sociale :	
N Allocataire CAF :	
Profession :	
Société :	
Tél. Pro. :	
Tél. Pro. 2 :	
E-mail :	
Régime d'affiliation:	
Assurance :	
N de police :	
Autorité Parentale : Oui / Non	

Famille

Situation familiale :		Nbr d'enfants à charge :		
Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance	Ecole fréquentée rentrée 2019	Classe rentrée 2019

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Régime Alimentaire	Commentaires

Notes Médicales

L'enfant fait l'objet d'un PAI : Oui Non PATHOLOGIE :
 (Article 6.2 du règlement intérieur)

Antécédents Médicaux	Commentaires - Hospitalisation

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Téléphone 2	Lien de Famille

Personnes Autorisées à venir chercher l'enfant

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

.....

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Parenté

L'enfant de dix ans et/ou en CM2 est autorisé à rentrer seul après l'activité : OUI / NON

A _____, le ___/___/_____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

Fiche des autorisations à compléter

AUTORISATIONS AUX SOINS

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure

CERTIFIE(NT) que si je recois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

REGLEMENT INTERIEUR

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents