

NOM de l'enfant : Prénom :

Classe rentrée 2018 : Dernière école fréquentée

Né(e) le à Nationalité

	Père* <input type="checkbox"/>	Mère* (Nom de jeune fille) <input type="checkbox"/>
Nom		
Profession		
Nom de l'employeur		
Téléphone mobile		
Téléphone professionnel		
E-mail		
Adresse		
Téléphone domicile :		

*Cocher la case du parent qui doit recevoir le courrier et les factures.

Situation de famille marié célibataire divorcé vie maritale

Nom et adresse complémentaire du conjoint (si différente) :

.....

e-mail :

Téléphone domicile :

REGLEMENT DES FACTURES

Frères et Sœurs

Nom et Prénom	Année de naissance	Etablissement fréquenté

Je choisis le mode de paiement suivant pour l'année scolaire entière :

- prélèvement automatique mensuel (sur 9 mois) débutant le 2 octobre 2018 (*joindre un RIB : si changement de banque ou nouvelle famille*)**
- paiement trimestriel par chèque au 02 octobre, 02 janvier, 02 avril**

Mon fils, ma fille :

NOM : PRÉNOM : CLASSE :

- ne déjeunera pas à la cantine
- déjeunera à la cantine au forfait : (voir forfait convention financière)
 - lundi mardi
 - jeudi vendredi
- déjeunera à l'aide de tickets (vendu par carnet de 10 tickets)

ETUDE – GARDERIE

Mr/ Mme Parent(s) de.....

- souhaite que mon enfant reste à l'étude/ garderie (**au forfait**)* (merci de préciser les jours)

Garderie du matin

- lundi
- mardi
- jeudi
- vendredi

Étude/ garderie du soir

- lundi
- mardi
- jeudi
- vendredi

- souhaite que mon enfant reste à l'étude/ garderie (**au ticket**)
- ne souhaite pas que mon enfant reste à l'étude/ garderie*

A NOTER :

- Une **étude dirigée** est assurée de 17h00 à 18h00 tous les jours de la semaine après la récréation de 16h30. Les parents sont autorisés à venir chercher leurs enfants **uniquement entre 18h et 18h15**.
 - Il n'y a ni garderie, ni étude la veille des vacances scolaires.
- * Tout changement ne pourra se faire qu'à la fin du trimestre et devra être signalé par écrit.

AUTORISATION DE PUBLICATION D'IMAGES

2018-2019

L'école Sainte Clotilde **dans le cadre exclusif des activités pédagogiques et éducatives** est autorisée à filmer mon enfant, à le photographier et à reproduire, diffuser et publier son image dans les journaux de l'école, site internet et supports nécessaires pour faire connaître l'établissement.
Les données mises en ligne sont protégées et sécurisées.

- j'autorise Je n'autorise pas

Fait à le

Signature des parents :

Classes élémentaires

Les enfants du CE2 au CM2 autorisés à quitter seuls l'établissement seront munis d'un badge qu'ils présenteront à la personne chargée de la surveillance **(joindre obligatoirement une photo pour le badge)**. Les enfants non autorisés à partir seuls devront être récupérés par leurs parents (ou personne en ayant la responsabilité).

Classes maternelles

Les enfants sont récupérés par leurs parents (ou la personne responsable) auprès des enseignantes et sont alors sous la surveillance et la responsabilité de ces derniers.
A 16h30, les enfants non récupérés sont conduits à la garderie .

Nous soussignons Madame et/ou Monsieuragissant en qualité de
..... autorisons l'enfant, scolarisé à l'école Sainte Clotilde.

- **à quitter l'école accompagné par :**

Nom, Prénom	Téléphone

- **à quitter l'école seul(e) muni(e) d'un badge aux heures de sortie**

A remplir très précisément :							
LUNDI	MIDI -	LUNDI	SOIR	MARDI	MIDI -	MARDI	SOIR
JEUDI	MIDI -	JEUDI	SOIR	VENDREDI	MIDI -	VENDREDI	SOIR

Les enfants (du CE2 au CM2) devant sortir exceptionnellement seuls devront apporter le jour même une demande écrite à présenter à la personne chargée de la surveillance.

AUTORISATION DE SORTIE SCOLAIRE

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

Parent de : classe :

autorise mon enfant à faire les sorties scolaires pour l'année 2018-2019.

Signature des parents :

Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable de l'établissement et aux services médicaux lors d'un voyage ou d'une sortie scolaire.

Nom Prénom : _____

Date de naissance : _____ Classe: _____

Votre enfant a-t-il :

des problèmes de vue : oui- non

des problèmes d'audition : oui- non

des allergies ? asthme : oui- non

alimentaires : oui- non

médicamenteuses : oui- non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? oui- non

Si oui, merci de joindre l'ordonnance de médecin traitant avec les médicaments correspondants.

Votre enfant suit- il une rééducation en orthophonie ? oui- non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une autre prise en charge oui- non

Laquelle :

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans PAI .

RAPPEL : joindre les photocopies de vaccinations dûment remplies extraites du carnet de santé.

Etat des vaccinations (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DT Polio				Hépatite B	
Tétra coq				R O R	
BCG				Autres (préciser)	

Etat des maladies infantiles

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigu		
Angine					

Médecin traitant :

téléphone :

Autorisation d'hospitalisation :

J'autorise le Chef d'Établissement et, le cas échéant, les services médicaux lors d'un voyage ou d'une sortie scolaire, à prendre toutes les dispositions nécessaires si mon enfant devait être hospitalisé en urgence.
Le :

Signature du responsable légal :