

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ Prénom : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Les données renseignées précédemment seront prises en compte par la directrice d'école dans le logiciel de l'Education nationale « ONDE ». Le maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès de la directrice d'école, de l'IEN de circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

Date : _____ **Signature du père :** _____ **Signature de la mère :** _____

Renseignements internes à l'École Élémentaire de Ceyzeriat

(données non enregistrées sur ONDE)

PARENTS : mariés - séparés - divorcés - veuf/veuve - concubinage (*)

Profession du père : _____ Lieu de travail : _____

Profession de la mère : _____ Lieu de travail : _____

FRERES ET SOEURS : (Nom, Prénom, Date de naissance) : _____

ALLERGIES, CONTRE-INDICATIONS : _____

Votre enfant bénéficiait-il d'un **PAI** au titre de l'année **2019-2020** ? OUI NON

Votre enfant porte-il des **lunettes** ? OUI NON

Si oui, doit-il les garder pendant la récréation et le sport ? OUI NON

VACCINATIONS : Date de la dernière vaccination DTP : _____

En cas d'absence de la personne responsable, j'autorise les enseignants de l'école à prendre toute disposition nécessaire. S'il doit être hospitalisé, je souhaite qu'il soit transporté :

Au centre hospitalier de Fleyriat A la clinique Convert

Numéro de sécurité sociale (sous lequel l'enfant est assuré) _____

ASSURANCE DE L'ENFANT : Responsabilité civile : OUI NON Individuelle Accident : OUI NON

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

Date : _____ **Signature du père :** _____ **Signature de la mère :** _____