

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Photo

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ECOLE PRIMAIRE D'AMPUS

### ANNEE 2023-2024

Service(s) fréquenté(s) :  Restauration scolaire  
 Garderie périscolaire

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

#### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

*(cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal(aux) de l'enfant inscrit)*

PERE

TUTEUR

MERE

TUTRICE

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Situation parentale :

Mariés  Séparés  Divorcés  Pacsés  Union libre  Veuf(ve)  Célibataire

Qui a la garde de l'enfant :

Le père  La mère  garde partagée  Autre \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à venir voir l'enfant :  Le père  La mère  Autre \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à récupérer l'enfant :  Le père  La mère  Autre \_\_\_\_\_

Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de remplir l'attestation sur l'honneur ci-dessous et de joindre une pièce justificative légale.

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR EN CAS DE DIVORCE OU DE SEPARATION**

Je soussigné(e) M, Mme (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur

de l'enfant (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_

domicilié (domicile de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Atteste sur l'honneur que depuis mon jugement de divorce rendu le \_\_\_\_\_  
par le tribunal de \_\_\_\_\_ l'exercice de l'autorité parentale n'a pas été modifié.

Atteste être séparé(e) de M, Mme (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_ depuis le \_\_\_\_\_.  
Et que, d'un commun accord, l'enfant réside :

Chez le mère  Chez le père  En garde partagée

Atteste sur l'honneur ne plus avoir de contact avec l'autre parent, ni la possibilité de le joindre et prends donc la responsabilité des décisions prises concernant mon enfant.

Atteste sur l'honneur vivre seul(e), ne pas vivre seul(e) au foyer (1)

Je soussigné(e) M, Mme (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_  
Responsable conjointement de l'autorité parentale, atteste donner mon accord à M, Mme (Nom, Prénom)  
\_\_\_\_\_ pour la scolarisation de mon enfant (Nom,  
Prénom) \_\_\_\_\_ sur la Commune d'Ampus.

Date : \_\_\_\_\_

**Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :**

(1) Rayer la mention inutile

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT

- Certains médicaments lui sont-ils interdits pour raisons médicales ?  OUI  NON  
Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_
- Régime Alimentaire :  Tous les aliments  Sans porc
- Est-il allergique à certains aliments ?  OUI  NON  
Si oui, quels aliments lui sont interdits ? \_\_\_\_\_

Dans ce cas, un certificat médical circonstancié devra être remis à la directrice de l'école à l'attention de l'animatrice de l'accueil périscolaire, à défaut de la présentation d'un certificat, l'enfant souffrant d'allergie ne sera pas admis à la restauration et à l'accueil périscolaire.

- PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) :  OUI  NON **Si oui, joindre la copie.**
- Recommandations particulières (à adresser sous pli confidentiel à la Mairie en précisant le nom de l'enfant)

En cas de besoin ou pour des informations complémentaires, les agents de surveillance sont autorisés à contacter :

Médecin de famille :

NOM / PRENOM	ADRESSE	CP - COMMUNE	TELEPHONE

Pédiatre de l'enfant :

NOM / PRENOM	ADRESSE	CP - COMMUNE	TELEPHONE

En cas d'accident grave, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris éventuellement l'hospitalisation.

## AUTORISATION PARENTALE (OBLIGATOIRE) DE SOIGNER, D'OPERER L'ENFANT (ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE)

Je soussigné(e) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable légal en qualité de :  Père  Mère  Tuteur

*donne l'autorisation de soigner, d'opérer mon enfant :*

NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

*et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.*

Date : \_\_\_\_\_

**Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :**

Ces informations sont fournies sous l'entière responsabilité du représentant légal de l'enfant, excluant par là-même toute responsabilité de la commune.

Le représentant légal de l'enfant devra faire connaître sans délai toute modification des informations fournies et produire un justificatif à l'appui.

Rappel : en cas d'accident hors temps scolaire la responsabilité de la commune ne pourra être engagée qu'en cas de défaut de surveillance.

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLEMENTAIRES

➤ Bénéficiez-vous d'une assurance scolaire – extrascolaire ?  Oui  Non

Laquelle : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

## PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents)

Attention : l'enfant de maternelle ne peut rentrer seul

Personnes pouvant récupérer l'enfant après l'accueil périscolaire :  
Indiquer de préférence les coordonnées de personnes proches géographiquement.

NOM / PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE FIXE	PORTABLE

## PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE PROBLEME SI LES PARENTS SONT ABSENTS

Indiquer de préférence les coordonnées de personnes proches géographiquement.  
Attention : signaler à l'école tout changement de numéro de téléphone (fixe ou mobile)

NOM / PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE FIXE	PORTABLE

## AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable légal en qualité de :  Père  Mère  Tuteur

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune à prendre toute mesure en cas de mise en œuvre de la procédure en cas de retard des parents ou du tuteur.

Je m'engage à informer par écrit la Mairie d'Ampus de toutes modifications qui surviendraient en cours d'année et déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

***Il est interdit à l'enfant de détenir des objets de valeur (tels que bijoux, argent) la commune déclinant toute responsabilité en cas de perte ou de vol.***

## TRAITEMENTS DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter les échanges entre les familles et la Mairie ainsi qu'à la facturation des services.  
Le destinataire des données est la Mairie d'Ampus.

---

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au règlement général sur la protection des données (UE N°2016/679), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à : **La Mairie d'Ampus, Place de la Mairie, 83111 Ampus.**

---

La plupart des données de la fiche de renseignement sont conservées en bases opérationnelles pendant la durée nécessaire à la relation avec la mairie d'Ampus. Vos données seront ensuite archivées avec un accès restreint pour une durée supplémentaire en lien avec les durées de prescription et de conservation légale pour des raisons strictement limitées et autorisées par la loi. Passé ce délai, elles seront supprimées.

Les données de facturation seront conservées quant à elle 10 ans à compter de l'encaissement de la dernière facture.