FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS RENTRÉE 2021-2022
SERVICE SCOLAIRE

La Commune doit être en possession d'une fiche individuelle de renseignements concernant chaque enfant fréquentant l'école maternelle ou élémentaire.
Celle-ci devra donc être retournée **en Mairie** au service scolaire dûment complétée et signée (le 15 MARS au plus tard)

ENFANT

NOM ET PRENOM :
Date et lieu de naissance **Sexe : F ☐ M ☐**
Ecole : Maternelle ☐ Primaire ☐ Classe 2021-2022 :

Les inscriptions aux différentes prestations doivent être enregistrées par les parents via le Portail Famille dans les délais imposés (voir cf. guide de rentrée)
A titre indicatif, cocher la (les) case(s) concernée(s).

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Restaurant scolaire	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Etude à partir du CP	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non
Transport scolaire	☐ oui		☐ oui		☐ oui		☐ oui	

RESPONSABLE LEGAL 1 :
Nom et Prénom……..
☎ Portable :…… Professionnel :…… Domicile :……..
📠 ……..
✉ :……@……

N° d'allocation familiale :……

RESPONSABLE LEGAL 2 :
Nom et Prénom……..
☎ Portable :…… Professionnel :…… Domicile :……..
📠 ……..
✉ :……@……

N° d'allocation familiale :……

N° et nom Assurance…… N° Mutuelle……

Pour l'inscription au Portail famille (réservations, paiements en ligne), 1 adresse mail pour la connexion :
✉ :

AUTORISATIONS

Autorisation d'être informé par SMS : oui ☐ non☐
Autorisation pour diffusion photos, images Magazine Villejust oui ☐ non☐
Autorise mon enfant à être transporté dans un véhicule municipal : oui ☐ non☐
Autorise mon enfant à effectuer des sorties en car : oui ☐ non☐

Personnes à appeler en cas d'urgence ou à prendre l'enfant à la sortie (munies d'une pièce d'identité)

Nom et Prénom : ☐ A appeler en cas d'urgence (après appel parents)
☎ : Lien avec l'enfant : ☐Autorisé à prendre l'enfant

Nom et Prénom : ☐ A appeler en cas d'urgence (après appel parents)
☎ : Lien avec l'enfant : ☐Autorisé à prendre l'enfant

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

PAI : ☐ OUI ☐ NON

Allergies

☐ Asthme ☐Médicamenteuse(s) : …….. Autres :……

Difficultés de santé : A préciser ……

Maladies contractées

☐ Rubéole	☐ Coqueluche	☐Rougeole	☐Scarlatine
☐ Varicelle	☐ Otite	☐Angine	☐Autres

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires		
	OUI	DATES
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Coqueluche		
Haemophilus		
R.OR		
Hépatite B		
Pneumocoque		
Méningocoque		
Vaccins recommandés (tuberculose, varicelle) (préciser)		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Lentilles	☐ oui	☐ non	Lunettes	☐ oui	☐ non
Prothèses dentaires	☐ oui	☐ non	Prothèses auditives	☐ oui	☐ non

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE ☐ NON

☐ Nécessite le régime alimentaire suivant (PRECISER)……

Allergies alimentaires (PRECISER)……..

Je soussigné(e) Madame, Monsieur……

Demeurant ……

Représentant(e) légal(e) de l'enfant (nom, prénom)……

Né (e) le ……, autorise en cas d'accident, la Ville de Villejust à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant, y compris l'hospitalisation selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs-pompiers ou du SAMU.

Date : **Signature Responsable 1** **Signature Responsable 2**

Les données recueillies sur ce formulaire sont conservées par la Commune de Villejust, afin de gérer les adhésions aux activités scolaires et périscolaires Vous pouvez exercer vos droits d'accès de rectification, ou de retrait du consentement, ou obtenir des informations complémentaires en adressant votre demande au service scolaire