


Nom de famille :

recto : **Annexe 3** : Fiche d'autorisations / verso : **Annexe 4** : Fiche de santé (1 pour chaque enfant)

 DROIT À L'IMAGE

Veillez compléter l'autorisation ci-jointe, en pensant à indiquer vos **choix** pour **chacune des rubriques** développées. *Entourez la (les) réponse(s) choisie(s)*

Nous acceptons que notre enfant soit pris en photo :

- pour la photo individuelle de classe : OUI NON
- pour le site de l'école : OUI NON
- pour les articles de presse : OUI NON

AUTORISATION DE SORTIES SCOLAIRES

Je soussigné(e) autorise mon enfant :
....., à participer à **toutes les sorties scolaires** organisées au cours de l'année 23-24.

AUTORISATION POUR LES « COUPS DE POUCE »

Je soussigné(e) autorise mon enfant :
....., à participer aux activités de soutien au cours de l'année 23-24.

BULLETIN DE SORTIES

Je soussigné(e) père/ mère de
scolarisé(e) en classe de

1) autorise mon enfant à sortir seul de l'école pour regagner son domicile. OUI NON

3) autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la sortie de l'école :

- (qualité ou lien de parenté :))
- (qualité ou lien de parenté :))
- (qualité ou lien de parenté :))

REMARQUES COMPLEMENTAIRES :
.....

Date :

Signature des parents :

FICHE DE SANTÉ
ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

PHOTO
indispensable
à coller
ou
àagrafer

Renseignements concernant l'élève

Nom de l'élève : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Adresse du domicile :

..... Téléphone du domicile :

Responsables légaux

* Père > Portable : Tél professionnel :

* Mère > Portable : Tél professionnel :

* Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant :

* Nom de la mutuelle : > Numéro :

* Personne à prévenir en cas d'absence du responsable légal : (à remplir obligatoirement)

Nom et prénom : Tél :

Qualité ou lien de famille avec cette personne :

Dates des vaccinations

↻ DTP obligatoire (dyphtérie-tétanos-poliomyélite) :

↻ Infections à pneumocoque :

↻ Infections invasives à méningocoque :

↻ ROR (rougeole-oreillons-rubéole) :

* Antécédents : (informations à réactualiser si nécessaire)

↻ Maladies :

↻ Allergies diagnostiquées :

↻ Régime alimentaire particulier (dont sans porc) :

↻ Autres remarques :

Délégation de pouvoirs en cas d'accident

Je soussigné(e),
autorise le chef d'établissement, ou en son absence, l'adjointe ayant sa délégation, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin contacté. Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux de l'enfant.

Date : Signature des parents :