|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Logo Ecole | **Ecole privée**  **La Fontaine**  12, rue de l’école  85800 GIVRAND  direction@givrand-lafontaine.fr | **Fiche individuelle de renseignements 2024/2025** |

*Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par l’école dans le but de gérer la scolarité de votre enfant. Elles sont conservées pendant toute sa scolarité. Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le chef d’établissement.*

**Informations sur l‘enfant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM et Prénom :** | **Né(e) le :** | **Classe :** |

**Informations sur la famille**

**Situation de famille :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | mariés |  | pacsés |  | vie maritale |  | séparés |  | divorcés |  | veuf(ve) |

Pour **les parents séparés ou divorcés**, merci de joindre une **copie de la décision du Juge aux Affaires familiales** fixant la résidence de l’enfant et les modalités de l’autorité parentale.

**Qui a la garde de l’enfant ?**: 0 le père 0 la mère 0 les deux

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du père : | |  | Nom de la mère : Nom de jeune fille : | |
| Prénom : | |  | Prénom : | |
| Adresse : | |  | Adresse : | |
| Tél fixe : | Port : |  | Tél fixe : | Port : |
| Profession : Employeur : | |  | Profession : Employeur : | |
| Lieu de travail : Tél travail : | |  | Lieu de travail : Tél travail : | |
| Adresse mail : | |  | Adresse mail  : | |

**Si l’enfant réside en famille d’accueil ou si le responsable légal est un tuteur, merci de compléter l’encadré ci-dessous :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du tuteur ou famille d’accueil : | Prénom : |
| Adresse :  Courriel : | Téléphone : |
| Portable : |
|  |  |

**La fratrie de l’enfant**  ses frères et sœurs :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Classe** | **Né(e) le** | **Lieu de scolarisation** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Assurances scolaires**

Afin de participer aux différentes activités scolaires, vous devez assurer votre enfant **pour 2 types d’assurances** :

* Une assurance **« responsabilité civile » (RC)** qui couvre les dommages causés aux autres par votre enfant
* Une assurance **« individuelle accident »** **(IA)** qui couvre votre enfant s’il se blesse lui-même.

*Merci de cocher votre situation :*

❑ **Votre propre assureur vous fournit une attestation qui couvre obligatoirement ces 2 types d’assurance** : RC et IA pour l’année scolaire 2024-2025 au nom et prénom de votre enfant.

Nous vous demandons de nous fournir le document établi par votre assureur avant le mardi 10 septembre.

❑ **Si vous n’êtes pas ou insuffisamment assurés vous devrez souscrire à l’assurance de l’école MMA** de St Gilles Croix De Vie. Le coupon MMA joint au document de rentrée est à retourner à l’école avec le règlement (10,70 euros par enfant pour l’année scolaire 2024-2025)

***Attention : les élèves pour qui nous n’aurons pas les attestations ou cotisations d’assurance ne pourront pas participer aux différentes animations et sorties scolaires.***

**Autorisation de diffusion**

**Dans le cadre des activités pédagogiques** réalisées dans la classe par les élèves, des photographies, des enregistrements sonores ou créations de toutes natures peuvent faire l’objet de diffusions à des fins non commerciales et **dans un but strictement pédagogique ou éducatif**. Ces diffusions doivent s’inscrire dans la réglementation propre à la protection de la vie privée des élèves et à la propriété littéraire et artistique. C’est pourquoi un accord est nécessaire de votre part. Vous voudrez bien, dans ce but, signer le document ci-dessous. Cette diffusion peut se faire dans les outils de communication de l’école : site internet, page Facebook, journal de l’école, cahiers de vie, …

Nous, représentants légaux de : ................................. (Nom et prénom de l’enfant)

❑ **donnons notre accord** à la diffusion de photos, d’enregistrements sonores de sa voix et de créations réalisées par notre enfant.

❑ **refusons la diffusion** de photographies, d’enregistrements sonores de sa voix et de créations réalisées par notre enfant.

**Activités Pédagogiques Complémentaires (APC) – de la PS au CM2**

Les APC recouvrent 3 réalités : aide aux enfants en difficultés, aide au travail personnel et activités en lien avec le projet d’école.

**Pour l’année scolaire à venir, ces temps seront assurés par les enseignants pour les élèves rencontrant une difficulté ponctuelle. Ils se dérouleront de 16h30 à 17h15 le mardi et le jeudi.**

Etant donné qu’il s’agit d’activités qui viennent compléter le temps d’enseignement, la participation des élèves est soumise à autorisation des parents. Dans un souci d’optimisation de notre organisation, l’autorisation de participer aux APC est donnée pour l’année complète. **Si votre enfant doit participer à l’aide aux enfants en difficulté, vous serez tenus informés.**

Nous, représentants légaux de ……………..…………… ❑ acceptons que notre enfant participe aux APC.

❑ refusons que notre enfant participe aux APC.

**Autorisation parentale pour une sortie scolaire ou un voyage**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) ……………………… responsable de l’enfant (NOM et Prénom) ………………………….. en classe de ………… autorise mon enfant à participer à une sortie scolaire ou un voyage organisés par l’école La Fontaine et à utiliser notamment le car. J’autorise également les accompagnateurs responsables à prendre toutes les décisions de soins, d’hospitalisation ou d’intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin.

Fait à ………………………… , le ………………… Signatures des parents :

**Informations médicales et Autorisation d’hospitalisation**

**MERCI DE COMPLETER CET ENCART** :

- **Traitement médical longue durée, PAI, allergies** (médicaments, aliments, autres,…), maladie chronique (asthme, convulsions, diabète, …), toutes difficultés de santé (appareil, opération, accident, point de vigilance …)

- Merci de nous indiquer ici les **suivis extérieurs** dont notre enfant bénéficie (orthophoniste, orthoptiste, psychologue, psychomotricien, CMP, …) en précisant la périodicité de la prise en charge ainsi que le nom et numéro de téléphone du ou des professionnels.

|  |
| --- |
| **Remarques particulières :**  **P.A.I (Protocole d’Accueil Individualisé)** : ❑ NON ❑ OUI : ........................................................................................................ (motif)  mis en place pour permettre aux élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période de poursuivre leur scolarité. Il doit permettre la prise de traitement indispensable ou la mise en place d’un protocole d’urgence (enfant allergique par exemple)  *Circulaire interministérielle n°2003-135 du 08 septembre 2003* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médecin traitant** | Nom / Prénom : | |
| Commune : | | Téléphone (fixe et/ou port) : |

**En cas d’urgence ou de maladie, nous appelons les parents. En cas d’absence des parents, personnes à prévenir en ordre de priorité :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1er** | **2ème** | **3ème** |
| Nom et prénom |  |  |  |
| Lien avec l’enfant |  |  |  |
| Tel portable ou pro |  |  |  |

**Nous autorisons** Mr LUCAS Arnaud, chef d’établissement de l’École privée La Fontaine, à prendre, en cas d’accident grave, toutes décisions d’hospitalisation et d’interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé et consulté. La présente autorisation vaut pour les enfants scolarisés dans l’établissement.

|  |
| --- |
| **Merci d’indiquer le lieu d’hospitalisation souhaité** : |

**Renseignements complémentaires**

……………………………….. viendra et quittera l’école (merci de cocher les cases correspondantes) :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | en voiture |  | à pied / à vélo accompagné |  | à pied / à vélo SEUL |

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher vos enfants, **en plus des parents** ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom |  |  |  |
| Lien avec enfant : |  |  |  |
| n° tel : |  |  |  |

**Attention** : tout changement devra être signalé par écrit sur le cahier de liaison.

Le ………………………………, Signature des deux parents :