

MAIRIE DE PLOUAY

4, Place de la Mairie

56240 PLOUAY

Tél : 02-97-33-31-51 Fax : 02-97-33-17-85

scolaire@plouay.fr

ECOLE DE MANEHOUARN

**Fiche Enfant**

**Enfant**

**Nom : Prénom :**

**Né(e) : le / / à**

**Sexe :  Masculin  Féminin**

**Famille** **(Adresse de facturation)**

** M. et Mme  M.  Mme**

**Nom :**

**Adresse :**

**Téléphone : Portable :**

**Email :**

**Régime :  CAF  MSA  AUTRE**

**N° Allocataire :**

**Nbr total d’enfants :**

**Nbr d’enfants à charge****:**

**Assurance :**

**N° de police :**

**Mère :**

**Père :**

**Nom / Prénom :**

**Adresse :**

**Email :**

**Téléphone : Portable :**

**Profession :**

**Société :**

**Tél Pro :**

**Autorité Parentale : OUI  NON **

**Nom /Prénom :**

**Adresse :**

**Email :**

**Téléphone : Portable :**

**Profession :**

**Société :**

**Tél Pro :**

**Autorité Parentale****:** **OUI  NON **

**Personnes Autorisées à venir Chercher L’Enfant**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom/Prénom | Adresse | Téléphone | Portable | Lien de Famille |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Personnes à Contacter en cas d’Urgence**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom/Prénom | Adresse | Téléphone | Portable | Lien de Famille |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Médecin Spécialité Adresse téléphone Ville**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Vaccins Dernière vaccination Prochaine vaccination**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PENTACOQ** |  |  |

**Allergie Commentaires**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**Projet d’accueil individualisé  oui  non**

**Autorisations**

Je soussigné(e)…………………………………………….

Responsable légal (e) de l’enfant ………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’urgence | Oui | Non |
| Déclare que mon enfant est couvert par une responsabilité | Oui | Non |
| Autorise la ville de Plouay à utiliser les photographies prises de mon enfant en activité pour la communication sur les activités enfance-jeunesse | Oui | Non |

**Renseignements année scolaire 2022/2023**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant fréquentera le restaurant scolaire tous les jours ? | OUI  NON |
| Votre enfant fréquentera occasionnellement le restaurant scolaire, indiquer les jours d’inscriptions | Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Suivant Planning |
| Votre enfant fréquentera l’accueil périscolaire ? | Matin  Soir  Suivant Planning |
| Votre enfant utilisera-t-il les transports scolaires ?  OUI  NON | Si OUI Matin Soir |
| Votre enfant est-il autorisé à quitter seul l’établissement scolaire OUI  NON | Si OUI à 16H25 12H |

Fait à : Le Signature