FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

ÉCOLE - RESTAURANT SCOLAIRE ACTIVITÉS PÉRI- ET EXTRA- SCOLAIRES

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

L'ENFANT

Sexe : ☐ M / ☐ F *Fournir **copie des pages du livret de famille***

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : __ /__ /_____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Domicile enfant : ☐ Responsable légal 1 ☐ Responsable légal 2 ☐ Garde alternée *(fournir le **calendrier + copie du jugement**)*

☐ Autre : _____

LE RESPONSABLE LÉGAL 1

Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur(trice), famille d'accueil, …

☐ Marié(e) ☐ Union libre ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ **Date de naissance** : __ /__ /_____ Autorise à communiquer ses adresses : ☐ Oui ☐ Non

Adresse et commune : _____ *Fournir **justificatif de domicile** de - 3 mois*

Profession : _____ Catégorie socioprofessionnelle *(cf. Annexe)* : ____ Employeur : _____

Tel fixe : |__|__|__|__|__| Tel portable : |__|__|__|__|__| Tel professionnel : |__|__|__|__|__|

Courriel : _____@_____ **à utiliser pour le Portail Familles ? ☐**

Allocataire principal : ☐ N° allocataire - Caf / MSA : _____ N° de Sécurité sociale : _____

LE RESPONSABLE LÉGAL 2

Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur(trice), famille d'accueil, …

☐ Marié(e) ☐ Union libre ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ **Date de naissance** : __ /__ /_____ Autorise à communiquer ses adresses : ☐ Oui ☐ Non

Adresse et commune : _____ *Fournir **justificatif de domicile** de - 3 mois*

Profession : _____ Catégorie socioprofessionnelle *(cf. Annexe)* : ____ Employeur : _____

Tel fixe : |__|__|__|__|__| Tel portable : |__|__|__|__|__| Tel professionnel : |__|__|__|__|__|

Courriel : _____@_____ **à utiliser pour le Portail Familles ? ☐**

Allocataire principal : ☐ N° allocataire - Caf / MSA : _____ N° de Sécurité sociale : _____

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Classe (rentrée 2026) : _____ *Fournir **certificat de radiation** si inscrit dans une autre école*

En complément de l'école, vous souhaitez que votre enfant bénéficie du service :

☐ RESTAURATION SCOLAIRE – Mairie

Fréquentation : ☐ Régulière (au moins 1 fois par semaine) ☐ Occasionnelle

Régime alimentaire : ☐ Repas traditionnel ☐ Repas sans viande ☐ P.A.I. (allergie ou autre trouble de santé)

→ *précisez (joindre **dossier P.A.I.**)* : _____

et/ou

☐ ACCUEIL PÉRISCOLAIRE (MATIN ET SOIR), ET/OU MERCREDIS ET/OU VACANCES – CCF

Régime alimentaire : ☐ Repas traditionnel ☐ Repas sans viande ☐ Repas sans porc

☐ P.A.I. (allergie ou autre trouble de santé) → *précisez (joindre **dossier P.A.I.**)* :_____

PORTAIL FAMILLES COMMUN : INSCRIPTIONS ET RÉSERVATIONS À EFFECTUER PAR VOS SOINS SUR VOTRE ESPACE FAMILLES

↳ Ouverture de votre accès dès traitement du dossier : informations sur le document *(cf. Annexe)*.

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT et/ou À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autres que les responsables légaux)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Autorisé(e) à récupérer l'enfant	À prévenir en cas d'urgence	Tel fixe	Tel portable	Tel professionnel
			☐	☐			
			☐	☐			
			☐	☐			

Si plus de contacts à communiquer, merci de télécharger un feuillet complémentaire sur le site de la CCF : www.cc-foret.fr

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE DE L'ENFANT

***Attestation d'assurance** à joindre ou à fournir dès la rentrée*

Responsabilité civile → Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance : _____

Individuelle accident → Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance : _____

Nom et adresse de la complémentaire santé : _____

Enfant rattaché au n° de Sécurité Sociale : _____ Nom et adresse du centre : _____

FICHE SANITAIRE ET D'URGENCE – ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ___ /___ /_____ Classe (rentrée 2026) : _____

DONNÉES SANITAIRES

❶ **VACCINATIONS** :

Date du dernier rappel DTPolio : ___ /___ /_____

- Enfant né.e avant le 1er janvier 2018 : DTPolio obligatoire
- Enfant né.e à partir du 1er janvier 2018 : DTPolio – Haemophilus b – Hépatite B – Coqueluche – Rougeole – Oreillons – Rubéole – Pneumocoque et Méningocoque obligatoires

*Fournir une copie des **pages de vaccinations** (ou un certificat de contre-indication)*

❷ **MÉDECIN TRAITANT** (Nom – Adresse – N° de téléphone) : _____

_____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- Dispose t'il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? ☐ Oui ☐ Non

→ *Si oui, joindre une copie du **dossier P.A.I.** et prévoir le renouvellement pour l'année scolaire 2026/2027*

***À savoir** : en cas d'allergie, handicap, maladie chronique avec régime alimentaire ou prise en charge adaptée durant les activités scolaires, péri-, extra-scolaires, **vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) par le médecin scolaire**, en accord avec le médecin traitant. Cette demande est nécessaire pour établir un protocole de soin.*

- Prend t'il un traitement médical régulier ? ☐ Oui ☐ Non
- Souffre t'il d'allergies ? ☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autre : _____
- Souffre t'il d'asthme ? ☐ Oui ☐ Non

*En cas d'asthme « simple », vous devez fournir une **ordonnance de moins de 3 mois, avec un protocole d'administration des médicaments.** Il vous sera fourni une autorisation d'administration des médicaments par l'enseignant à compléter et signer par les représentants légaux. Boîte de médicaments à fournir avec le nom de l'enfant (attention aux dates d'expiration).*

❸ **INFORMATIONS SANITAIRES DIVERSES / RECOMMANDATIONS** (maladie, accident, lunettes, prothèses auditives, …) : _____

_____

En cas d'urgence (accident, malaise), le responsable contacte le médecin régulateur du Samu – 15.
Le responsable de la collectivité (Mairie ou CCF) s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides

AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS – *à compléter, dater et signer par chaque représentant*

Je soussigné(e)	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Rentrer seul(e) : Autorise mon enfant (à partir de 6 ans) à rentrer seul à la maison : • Après l'accueil périscolaire : • Après l'accueil de loisirs (mercredis – vacances) :	 oui - non* oui - non*	 oui - non* oui - non*
Transport et sorties : Autorise mon enfant à participer aux sorties sur la pause méridienne et/ou extrascolaires et autorise le transport de mon enfant dans le cadre de ces activités :	oui - non*	oui - non*
Droit à l'image : Votre enfant peut être photographié ou filmé, seul ou en groupe, dans le cadre des activités pédagogiques, sur le temps méridien, péri- et extrascolaire : • Autorise la mairie à prendre en photo ou filmer votre enfant et à les diffuser sur ses supports (bulletin municipal, flash info, site internet, page Facebook, …) : • Autorise la CCF à prendre en photo ou filmer votre enfant et à les diffuser sur ses supports (site internet, bulletin communautaire, …) :	 oui - non* oui - non*	 oui - non* oui - non*
Médicament / Hospitalisation : Autorise le responsable de la collectivité à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant : → Spécifique vacances : Autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour, à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation :	oui - non* oui - non*	oui - non* oui - non*
Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche :	☐	☐
Atteste avoir pris connaissance des termes des règlements de fonctionnement des services de restaurant scolaire et/ou d'accueil péri-/extra-scolaire, et en accepter les conditions : *À savoir : Les règlements de fonctionnement sont consultables sur le site internet respectif de la collectivité (mairie : www.vennecy.fr / CCF : www.cc-foret.fr).*	☐	☐
Date	___ /___ /_____	___ /___ /_____
Signature		

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'école, la CCF et la Mairie, en leur qualité de responsable de traitement, pour l'organisation des services école, restauration scolaire et accueils périscolaires et de loisirs. La base légale de ce traitement est l'exécution contractuelle. Vos données sont conservées pendant toute la durée légale, sauf indication contraire de votre part, sont destinées aux services de l'éducation nationale, restauration et accueils périscolaires et de loisirs et sont hébergées en France. Conformément à la loi 78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, demander leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime en nous contactant par courrier à Communauté de Communes de la Forêt – Service enfance, 2 rue de la Chaubardière 45170 Neuville-aux-Bois ; Mairie de Vennecy, 13 rue de Neuville 45760 Vennecy. Si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Cnil à l'adresse https://www.cnil.fr/plaintes.