

Fiche de Liaison Scolaire



SERVICE EDUCATION

➔ ANNEE SCOLAIRE ____ / ____

GRUPE SCOLAIRE DE CRUSCADES ☎ 04 68 27 53 64

Inscription de l'enfant dans la classe Maternelle CP CE1 CE2 CM1 CM2

ENFANT

Sexe : F M

Âge | ____ | ans

Nom et prénom _____

Né(e) le |__|_|_|_|_| à _____

Département |__|_| Nationalité : Française Etrangère _____

Ecole fréquentée _____ Classe |_____|

Fournir une attestation de radiation de l'établissement fréquenté si différent du Groupe scolaire de Cruscades.

Mère de l'enfant Représentant légal

Père de l'enfant Représentant légal

Situation familiale : Mariés Pacsé concubinage Séparés Divorcés* Veuf(veuve) parent isolé

*dans le cas où une décision de justice est intervenue, fournir la copie du jugement concernant les dispositions relatives à la garde de l'enfant.

Nom et prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Code postal |__|_|_|_|_|

☎ domicile |_____|

☎ portable |_____|

Mail _____

Profession _____

☎ professionnel |_____|

N° Allocataire CAF |_____|

Nom et prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Code postal |__|_|_|_|_|

☎ domicile |_____|

☎ portable |_____|

Mail _____

Profession _____

☎ professionnel |_____|

N° Allocataire CAF |_____|

RESULTATS SCOLAIRES

M'envoyer les résultats scolaires à l'adresse ci-dessus

M'envoyer les résultats scolaires à l'adresse ci-dessus

J'autorise Je n'autorise pas la communication de mon adresse personnelle, aux associations de parents d'élèves, qui en feraient la demande.

J'autorise Je n'autorise pas la communication de mon adresse personnelle, aux associations de parents d'élèves, qui en feraient la demande.

Formule	Assurance	Nom de la compagnie	Numéro de Contrat
Individuelle Accidents corporels	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Responsabilité civile	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

RAPPEL OBLIGATOIRE D'ASSURANCE

Une assurance « individuelle accident » est très vivement conseillée, elle est obligatoire pour certaines sorties. Vous pouvez vous adresser à la M.A.E. ou toute autre compagnie ou mutuelle de votre choix.

M.A.E. 45 rue de Séville – 11000 Carcassonne - ☎04 68 11 55 55

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT	
<i>Nom/prénom</i>	<i>Numéro de téléphone</i>

➡ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin Traitant _____ à _____

① Docteur _____ **Vaccins** : fournir la copie des pages vaccins du carnet de santé

➡ PROBLEMES PARTICULIERS DE SANTE

Pour les pathologies nécessitant un traitement particulier : allergies alimentaires, maladies longues durées, autres..., vous devez mettre en place un protocole de santé auprès de la médecine scolaire. **Prendre contact avec le Centre médico-scolaire, 1 av. des Berges de l'Aude – 11000 Carcassonne - ☎04 68 47 07 11. Pour les enfants inscrits en petite et moyenne section de maternelle s'adresser à la PMI de Lézignan Corbières au 04 68 27 22 60.**

➡ PORT d'APPAREILLAGES MEDICAUX

Lunettes Appareil dentaire Prothèse auditive Autre _____

Mon enfant doit porter son ou ses appareillages médicaux pendant les récréations et les séances sportives.

Mon enfant ne doit pas porter son ou ses appareillages médicaux pendant les récréations et les séances sportives.

➡ AUTORISATION

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) disposant de l'autorité parentale de l'enfant _____ :

- l'autorise à participer à toutes les activités scolaires proposées,
 - l'autorise à être passager dans les véhicules utilisés pour les activités ou pour les transports d'urgence,
 - l'autorise à figurer sur la photo de classe,
 - autorise le personnel enseignant à le photographier ou le filmer dans le cadre des activités scolaires,
 - autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur tout support visuel pour la promotion des activités scolaires,
 - autorise le Directeur ou l'enseignant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- (Veuillez cocher la ou les cases correspondantes)*

Conformément à la loi «informatique et libertés» n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à l'égard des informations nominatives recueillies auprès du Service Jeunesse de la commune de Cruscades.

A Cruscades, le |__|_|_|_|_| _____|,

Signature

➡ A retourner au secrétariat de Mairie accompagné des documents demandés ➡