

# FICHE ENFANT ELEMENTAIRE

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>		<b>Classe :</b>	
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>Date de Naissance:</b>			
*Restauration scolaire	Accueil surveillé		Accueil Matin	Mercredi	
	16h30 à 18 h00	16h30 à 18h30*	7h00 à 8h20	Centre de Lèves	
<input type="checkbox"/> Forfait 1 <input type="checkbox"/> Forfait 2 <input type="checkbox"/> Forfait 3 <input type="checkbox"/> Forfait 4  <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi  <b>Ou</b> <input type="checkbox"/> Planning	<input type="checkbox"/> Lundi  <input type="checkbox"/> Mardi  <input type="checkbox"/> Jeudi  <input type="checkbox"/> Vendredi  <b>Ou</b> <input type="checkbox"/> Planning  Départ : 17h - 17h30 - 18h00	<input type="checkbox"/> Lundi  <input type="checkbox"/> Mardi  <input type="checkbox"/> Jeudi  <input type="checkbox"/> Vendredi  <b>Ou</b> <input type="checkbox"/> Planning  * échelonné de 18h00 à 18h30	<input type="checkbox"/> Lundi  <input type="checkbox"/> Mardi  <input type="checkbox"/> Jeudi  <input type="checkbox"/> Vendredi  <b>Ou</b> <input type="checkbox"/> Planning	Mercredi matin de 7 h 30 à 13 h 30 avec repas  Mercredi journée de 7 h 30 à 18 h 30 avec repas  <b>INSCRIPTIONS          EN MAIRIE DE LEVES</b>	
<b>AUTORISATION DE PARTIR SEUL(E) A LA FIN DE L'ACTIVITE (seulement pour les élémentaires)</b>					
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Je soussigné (e)</b> _____ autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.					
Fait à : _____ le :			Signature : _____		

**\*Aucune déduction de repas n'est possible pour moins de 4 jours.**

**L'enfant doit être absent de l'école 4 jours consécutifs avec certificat médical,**

**et ne sont pris en compte que les jours d'inscription de l'enfant.**

**Aucune déduction pour absence d'un professeur des écoles**

**Tout dépassement d'horaire sera facturé selon la délibération en vigueur.**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON		
(Possibilité de transmettre ces informations sous une enveloppe cachetée)		
<b>Médecin de famille</b>	<b>Nom:</b>	<b>Téléphone :</b>
<b>L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes:</b>	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons	
	<input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Méningite	
<b>Spécificités alimentaires :</b>		
<b>L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Traitement en cours, précisez</b>		
<b>L'enfant a-t-il un PAI en cours ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Si oui, pour quelle pathologie ?</b>		
Il convient de mettre en place un PAI (cf première page du dossier) pour tout signalement d'un problème de santé		
<b>L'enfant présente-t-il un handicap ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, appareils dentaires etc ...</b>		