

DEPARTEMENT DE LA CHARENTE

Mairie de TORSAC  
16410 TORSAC

☎ 05 45 24 54 20  
☎ 05 45 24 59 69  
mairietorsac@wanadoo.fr

FICHE de  
RENSEIGNEMENTS  
ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

( à retourner à la mairie de TORSAC avant le 6 août 2019 )

NOM-PRENOM de L'ENFANT :	ADRESSE :	Né(e)le :	CLASSE :

**Renseignements concernant les parents :**

	PERE	MERE
Nom-Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone professionnel		
Téléphone portable		
Adresse mail		
Employeur		
Horaire de travail		
Autorité parentale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**Situation familiale :**

Célibataire  Marié  Pacs  Union libre  Séparé  Divorcé

**Autre personne à appeler en cas d'indisponibilité des parents à la sortie de l'enfant :**

Je soussigné (e),....., responsable légal de l'enfant ..... autorise sa sortie de l'accueil périscolaire accompagné des personnes dont les noms suivent:

NOM-Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Adresse complète

**Disposition en cas d'urgence :**

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence**

Nom&prénom:.....tél:.....

Nom&prénom:.....tél:.....

Nom&prénom:.....tél:.....

# FICHE MEDICALE

(document confidentiel)

( à retourner à la mairie de TORSAC avant le 6 août 2019)

## 1) Données administratives :

Sexe : masculin / féminin (rayer la mention inutile)

N° de Sécurité sociale couvrant l'enfant : .....

Groupe sanguin (si connu) : .....

## 2) Données médicales :

Nom du médecin traitant: .....

Adresse: .....

Téléphone: .....

Votre enfant, est-il atteint de :

- Diabète     Affection respiratoire (asthme)     Affection cardiaque     Mal de transport
- Allergies (alimentaires, médicamenteuses)     Autres: .....

rière de joindre un certificat médical

si l'enfant suit un traitement médical, joindre une ordonnance récente (aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

Est-il à jour de ses vaccins:     oui     non

Rappel de tétanos en quelle année? .....

## 3) Recommandations utiles des parents :

.....  
.....  
.....  
.....

En cas d'urgence, nous

soussignés, .....

- ✓ autorisons la personne responsable à orienter et faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.
- ✓ autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.

DATE : .....

Nom et Signature des parents ou responsables légaux :