

DOSSIER D'INFORMATION 2021-2022

Un dossier par famille

MERCI DE PRÉCISER SI VOUS ÊTES CONCERNÉ-E-S PAR :

- Une première inscription dans une école de Château-Renault
- Une inscription en classe de CP

INFORMATIONS DU PARENT 01 - DESTINATAIRE DE LA FACTURE

NOM / Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : Tél professionnel :

e-mail :

INFORMATIONS DU PARENT 02

NOM / Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : Tél professionnel :

e-mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro Allocataire CAF : N° de police d'assurance RC :

Numéro de sécurité sociale d'affiliation des enfants du foyer :

Autorise l'utilisation des images pour les publications de L'élan Coluche et de la ville de Château-Renault

Autorise à laisser partir seul mon enfant âgé de plus de 10 ans pour les accueils de L'élan Coluche

Autres personnes majeures à contacter en cas de nécessité et/ou autorisées à prendre en charge les enfants du foyer

NOM / Prénom : Téléphone :

NOM / Prénom : Téléphone :

NOM / Prénom : Téléphone :

INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 01

NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École : Classe :

Besoins en accueil périscolaire et extrascolaire : Périscolaire matin et/ou soir MERCREDI Vacances
 Restauration scolaire Oxygène

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI (PAI A COMPLÉTER) NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B : Rubéole Oreillons Rougeole : Coqueluche : BCG :

Maladies contractées :

Varicelle Angine Scarlatine Rubéole Rhumatisme articulaire Coqueluche Otite
 Rougeole Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 02

NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École : Classe :

Besoins en accueil périscolaire et extrascolaire : Périscolaire matin et/ou soir MERCREDI Vacances
 Restauration scolaire Oxygène

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI (PAI A COMPLÉTER) NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B : Rubéole Oreillons Rougeole : Coqueluche : BCG :

Maladies contractées :

Varicelle Angine Scarlatine Rubéole Rhumatisme articulaire Coqueluche Otite
 Rougeole Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 03

NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École : Classe :

Besoins en accueil périscolaire et extrascolaire : Périscolaire matin et/ou soir MERCREDI Vacances
 Restauration scolaire Oxygène

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI (PAI A COMPLÉTER) NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B : Rubéole Oreillons Rougeole : Coqueluche : BCG :

Maladies contractées :

Varicelle Angine Scarlatine Rubéole Rhumatisme articulaire Coqueluche Otite
 Rougeole Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 04

NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École : Classe :

Besoins en accueil périscolaire et extrascolaire : Périscolaire matin et/ou soir MERCREDI Vacances
 Restauration scolaire Oxygène

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI (PAI A COMPLÉTER) NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B : Rubéole Oreillons Rougeole : Coqueluche : BCG :

Maladies contractées :

Varicelle Angine Scarlatine Rubéole Rhumatisme articulaire Coqueluche Otite
 Rougeole Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

Documents à fournir :

- Photocopie des pièces d'identité RECTO/VERSO des responsables légaux
- Photocopie des pages « responsables légaux » et « enfants » du livret de famille
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- Dans le cadre d'une séparation, copie du jugement qui définit les modalités de garde
- Photocopie des deux pages de vaccination du carnet de santé de chaque enfant

VOUS POUVEZ EFFECTUER GRATUITEMENT LES PHOTOCOPIES A L'ELAN COLUCHE

Je soussigné-e

certifie la sincérité des renseignements mentionnés sur le présent dossier d'information, déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter et faire respecter le règlement de fonctionnement de L'élan Coluche et de l'école, m'engage à signaler tout changement, m'engage à fournir toutes les pièces demandées, déclare avoir pris connaissance des tarifs des accueils périscolaires et extrascolaires, et autorise les agents municipaux à accueillir mes enfants et à les faire hospitaliser en cas de nécessité.

Date :

Signature (NOM-Prénom) :

Date :

Signature (NOM-Prénom) :

MERCI DE RETOURNER LE DOSSIER COMPLET A :

➔ L'élan Coluche, 1 place de la Liberté 37110 Château-Renault, du lundi au vendredi de 10h à 12h et de 13h30 à 18h30, sauf jeudi matin

➔ Ou par mail à elancoluche@ville-chateau-renault.fr

➔ Tél : 02 47 29 61 47