

FICHE DEMANDE CREATION PORTAIL FAMILLE

RENSEIGNEMENT ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ Masculin Féminin
 Né(e) le : _____ à _____ Département : _____
 Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Année Scolaire 2020-2021 Ecole Fréquentée :

Petite Section Moyenne Section Grande Section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

RESPONSABLE LEGAL 1

Madame Monsieur NOM : _____ Prénom : _____
 NOM de Jeune Fille : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____
 Téléphone du Domicile : __/__/__/__/__ Téléphone Portable : __/__/__/__/__
 Courriel : _____@_____
 Profession : _____ Nom employeur : _____
 Autorité Parentale : Oui Non

RESPONSABLE LEGAL 2

Madame Monsieur NOM : _____ Prénom : _____
 NOM de Jeune Fille : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____
 Téléphone du Domicile : __/__/__/__/__ Téléphone Portable : __/__/__/__/__
 Courriel : _____@_____
 Profession : _____ Nom employeur : _____
 Autorité Parentale : Oui Non

Si AUTRE RESPONSABLE LEGAL (Personne physique ou morale)

Organisme : _____ Fonction : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____
 Téléphone Organisme : __/__/__/__/__ Téléphone Portable : __/__/__/__/__
 Courriel : _____@_____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié Pacsé Union Libre Séparé Divorcé Veuf (ve)

MODE DE GARDE EN CAS DE DIVORCE / SEPARATION

- Garde Alternée – Joindre le Jugement de divorce / Ordonnance du Juge, le calendrier de garde
 Garde Exclusive – Joindre le Jugement de divorce / Ordonnance du Juge

ASSURANCE ENFANT

Responsabilité Civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non
Compagnie d'Assurance : Numéro de police d'Assurance :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Projet d'Accueil Individualisé – PAI Oui Non
Santé : Asthmatique, Diabétique, Allergie alimentaire Autre (à préciser) :
Fournir l'ordonnance et médicament ou autre si nécessaire
Vaccinations : Copie du carnet de santé, pages vaccinations
Régime Alimentaire : Repas classique Repas sans viande

AUTORISATIONS

Autorise les responsables à faire donner tous les soins par un médecin Oui Non
Autorise les responsables à faire transporter mon enfant dans un hôpital en cas d'urgence Oui Non

PERSONNES de 16 ans révolus habilités à venir chercher l'enfant muni d'une pièce d'identité

NOM : Prénom : Lien de parenté ou autre :
Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

NOM : Prénom : Lien de parenté ou autre :
Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

NOM : Prénom : Lien de parenté ou autre :
Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisation : La commune de Francheville peut photographier mon enfant dans le cadre légal de la diffusion de ces photos pour l'illustration de documents municipaux uniquement Oui Non

Activités périscolaires : Inscription via le portail famille sur le site de la Mairie de Francheville

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), _____ certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements qui figurent sur le présent document et reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en contactant la mairie de Francheville.

Fait à :
Signature

le