

**Fiche de renseignements**

*Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par l’école dans le but de gérer la scolarité de votre enfant. Elles sont conservées pendant toute sa scolarité. Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant : MERCERON Joël –* [*direction@landeronde-jeannedarc.fr*](mailto:direction@landeronde-jeannedarc.fr)*.*

*Ce document est déjà complété avec les données que nous avons en notre possession. Pour toute modification, merci de le corriger en rouge.*

**Informations sur l’enfant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM et Prénom :**  **Classe :** | **Né(e) le :** | **Lieu :** |

**Informations sur la famille**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du représentant légal n°1 : | |  | Nom du représentant légal n°2 : | |
| Nom d’usage : | | Nom d’usage : | |
| Prénom : | |  | Prénom : | |
| Adresse :  Code postal :  Ville : | |  | Adresse :  Code postal :  Ville : | |
| Tél : | Port : |  | Tél : | Port : |
| Mail : | |  | Mail : | |
| Situation familiale : | |  | Situation familiale : | |
| Profession : | |  | Profession : | |
| Employeur : | |  | Employeur : | |
| Lieu de travail : | |  | Lieu de travail : | |
| Tel travail : | |  | Tel travail : | |

Pour **les parents séparés ou divorcés**, merci de joindre une **copie de la décision du Juge aux Affaires familiales** fixant la résidence de l’enfant et les modalités de l’autorité parentale.

**Qui a la garde de l’enfant ? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si l’enfant réside en famille d’accueil ou si le responsable légal est un tuteur, merci de compléter l’encadré ci-dessous :**

|  |  |
| --- | --- |
| Educateur référent : | Téléphone : |
| Adresse courriel éducateur : | |

**Fratrie de l’enfant :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Né(e) le** | **Lieu de scolarisation** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Autorisation de diffusion**

**Dans le cadre des activités pédagogiques** réalisées par les élèves, sur temps scolaire et hors temps scolaire, des photographies, des enregistrements sonores ou créations de toutes natures peuvent faire l’objet de diffusions à des fins non commerciales. Ces diffusions doivent s’inscrire dans la réglementation propre à la protection de la vie privée des élèves et à la propriété littéraire et artistique. C’est pourquoi un accord est nécessaire de votre part. Cette diffusion peut se faire dans les outils de communication de l’école : page Facebook, journal de l’école, cahiers de vie, site internet, par les enseignants ou bien les associations de l’école (APEL et OGEC).

Nous, représentants légaux de : «nom\_élève» «prénom\_élève»

❑ **donnons notre accord** à la diffusion de photos, d’enregistrements sonores de sa voix et de créations réalisées par notre enfant.

❑ **refusons la diffusion** de photographies, d’enregistrements sonores de sa voix et de créations réalisées par notre enfant.

**Droit d’accès aux informations recueillies**

Les informations recueillies ici sont obligatoires pour l’inscription dans l’établissement. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont conservées conformément à la loi, au départ de l’élève, dans les archives de l’établissement. Certaines données sont transmises, à leur demande, au rectorat de l’Académie ainsi qu’aux organismes de l'Enseignement Catholique auxquels est lié l’établissement. Nous

**❑ acceptons** que les nom et prénom de notre ou nos enfants scolarisés et les coordonnées de ses responsables légaux soient transmises aux associations de parents d’élèves de l’établissement.

**❑ refusons** que les nom et prénom de notre ou nos enfants scolarisés et les coordonnées de ses responsables légaux soient transmises aux associations de parents d’élèves de l’établissement.

**Informations médicales et Autorisation d’hospitalisation**

**MERCI DE COMPLETER CET ENCART** :

- **Traitement médical longue durée, PAI, allergies** (médicaments, aliments, autres,…), maladie chronique (asthme, convulsions, diabète, …), toutes difficultés de santé (appareil, opération, accident, point de vigilance …)

- Merci de nous indiquer ici les **suivis extérieurs** dont l’enfant bénéficie (orthophoniste, orthoptiste, psychologue, psychomotricien, CMP, …) en précisant la périodicité de la prise en charge ainsi que le nom et numéro de téléphone du ou des professionnels.

|  |
| --- |
| **Attentions particulières :** ………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..  **P.A.I (Protocole d’Accueil Individualisé)** : ❑ NON ❑ OUI (Motif) : ................................................................................................  mis en place pour permettre aux élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période de poursuivre leur scolarité. Il doit permettre la prise de traitement indispensable ou la mise en place d’un protocole d’urgence (enfant allergique par exemple)  *Circulaire interministérielle n°2003-135 du 08 septembre 2003*  **Date du dernier rappel de vaccin DT Polio** : …………………………………………………………………………….  (Nouveau schéma : 2 injections à 2 et 4 mois, rappel 11 mois (obligation)-puis à 6 ans-à11/13 ans-à 25 ans).  **Vaccination à jour :** ❑ NON ❑ OUI  **Suivi(s) extérieur(s) :** *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médecin traitant** | Nom / Prénom : | |
| Commune : | | Téléphone (fixe et/ou port) : |

**En cas d’urgence ou de maladie, nous appelons les parents. En cas d’absence des parents, personnes à prévenir en ordre de priorité :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1er** | **2ème** | **3ème** |
| Nom et prénom |  |  |  |
| Lien avec l’enfant |  |  |  |
| Tel portable ou pro |  |  |  |

**Nous autorisons** Joël MERCERON, chef d’établissement de l’École privée Jeanne d’Arc, à prendre, en cas d’accident grave, toutes décisions d’hospitalisation et d’interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé et consulté. La présente autorisation vaut pour les enfants scolarisés dans l’établissement.

Merci d’indiquer le **lieu d’hospitalisation** souhaité : ………………………………………………………………………………………….

**Renseignements complémentaires**

Mon ou mes enfants, viendront et quitteront l’école (merci de cocher les cases correspondantes) :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | en voiture |  | à pied / à vélo accompagné |  | à pied / à vélo seul |

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher vos enfants, **en plus des responsables légaux** ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom |  |  |  |
| Lien avec enfant : |  |  |  |
| n° tel : |  |  |  |

**Attention** : tout changement devra être signalé par écrit (courriel ou mot transmis aux enseignants).

**Les associations de l’école**

Les associations de l’école, **OGEC et APEL**, ont un rôle essentiel au sein d’une école privée catholique. Par exemple, grâce notamment aux différentes manifestations organisées dans l’année, les bénéfices peuvent représenter une moyenne de 100 euros par enfant ! **De nouveaux parents sont les bienvenus** pour grossir les équipes de l’APEL (conduite des animations qui ponctuent l’année, lien avec les enseignants, etc..) et de l’OGEC (gestion financière, gestion du personnel, des biens immobiliers, et entretiens des locaux). Ainsi l’investissement de chacun est plus léger et le bénévolat devient facilement conciliable avec le quotidien. L’efficacité des associations est renforcée et le bénéfice pour les élèves grandement accentué !

Nous, représentants légaux de : ...................................................................................................... (Nom et prénom du ou des enfants)

❑ **Souhaitons devenir membres actifs et rejoindre :**

* L’OGEC ❑
* L’APEL ❑

❑ **Souhaitons cotiser à l’APEL pour un montant de 18€ pour l’année scolaire** *(savoir exactement à quoi sert cette cotisation :* [*https://www.apel.fr/lapel/adherents-a-quoi-sert-votre-cotisation.html*](https://www.apel.fr/lapel/adherents-a-quoi-sert-votre-cotisation.html) *)*

**Mode de règlement des frais de scolarité**

❑ Prélèvement mensuel d’octobre à juillet (paiement en 11 fois)

❑ Un prélèvement annuel (paiement en une seule fois)

**Parcours religieux**

❑ Je souhaite que mon ou mes enfants participent au **parcours de catéchèse** qui sera proposé sur temps scolaire soit par les enseignants soit par des catéchistes à partir du CE1.

❑ Je ne souhaite pas que mon ou mes enfants participent au parcours de catéchèse mais plutôt à celui de **culture religieuse** qui sera dispensé également sur temps scolaire par les enseignants.

*Les enfants des classes de TPS au CP suivent quant à eux un parcours d’****éveil à la foi****.*

**Activités Pédagogiques Complémentaires (APC)**

Les APC recouvrent 3 réalités : aide aux enfants en difficulté, aide au travail personnel et activités en lien avec le projet d’école. Pour l’année scolaire à venir, ces temps seront assurés par les enseignants. Ils se dérouleront pendant la pause méridienne pour les élèves concernés.

Etant donné qu’il s’agit d’activités qui viennent compléter le temps d’enseignement, la participation des élèves est soumise à autorisation des parents. Dans un souci d’optimisation de notre organisation, l’autorisation de participer aux APC est donnée pour l’année complète. **Si votre enfant doit participer aux APC, vous serez tenus informés.**

Nous, représentants légaux de ……………………………………………..❑ acceptons que notre enfant participe aux APC.

❑ refusons que notre enfant participe aux APC.

**Documents à joindre à la fiche de renseignements**

❑ Attestation d’assurance **« garantie responsabilité civile »** (vérifier bien que cette attestation couvre l’année scolaire dans sa totalité)

❑ Relevé d’identité bancaire **(RIB)**

❑ Copie du ou des **carnets de santé** (pages vaccinations) si première inscription dans l’école

❑ Mandat SEPA d’autorisation de prélèvement

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Après avoir rempli ce document, merci de l’enregistrer sur votre ordinateur afin de l’imprimer (ou d’en faire une photocopie si vous avez complété un exemplaire papier) pour le signer et le remettre au chef d’établissement. Vous pouvez aussi le signer informatiquement si vous en avez la possibilité et le renvoyer par retour de mail avec l’ensemble des documents demandés.*

*Vos informations étant confidentielles, cette fiche ne peut être modifiée que par vos soins et ne peut pas être communiquée à d’autres structures.*

*En soumettant ce formulaire j’accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de la scolarité de mon ou de mes enfants.*

*Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement à l’utilisation des données collectées par cette fiche, veuillez consulter notre politique de confidentialité sur l’exemplaire papier qui vous sera transmis à votre demande.*

Le ………………………………, Signature de tous les responsables légaux :