



ECOLE CATHOLIQUE PRIVÉE
SOUS CONTRAT AVEC L'ÉTAT

Autorisations parentales

année 2016/2017

Nous soussignés

Père, Mère, Tuteur (Supprimer les mentions inutiles) de l'enfant :

nom

prénom

classe

Adresse mail par laquelle je souhaite recevoir les informations
de l'école

- Déclarons autoriser** la directrice de l'école Saint Nom de Jésus, ou l'enseignante de l'enfant, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation, ou d'intervention chirurgicale nécessitées par la santé de notre enfant, le cas échéant.
- Déclarons autoriser** notre enfant ou nos enfants à participer aux sorties pédagogiques organisées par l'école pendant l'année scolaire 2015-2016 Square, déplacements pour le sport, sorties dans le quartier.
- Déclarons autoriser** la communication aux parents de la classe de notre enfant de nos coordonnées personnelles.
 OUI NON
- Déclarons autoriser** l'utilisation de notre adresse mail pour des informations inhérentes à la vie de l'école. (école - OGEC - APEL)
 OUI NON
- Déclarons autoriser** l'école St Nom de Jésus à diffuser des photos de mon enfant prises dans le cadre de ses activités scolaires (ou ma photo) exclusivement dans les conditions suivantes : ces photos pourront être utilisées pour le journal de l'école, la plaquette, pour illustrer des panneaux d'affichage internes, pour les spectacles ou toute autre activité relevant de l'école. Elles pourront illustrer le site web de l'établissement (partie privative et sécurisée) dont l'adresse est www.ecole-snj.fr pour une durée maximale de 5 ans.
 OUI NON
- Déclarons autoriser** notre enfant à déguster les goûters préparés en classe ou par des familles de l'école (anniversaires, fêtes, goûters collectifs...)
 OUI NON
- Déclarons autoriser notre enfant à quitter l'école seul à midi et/ou le soir après la classe ou la garderie (uniquement pour les élèves de primaire).
 OUI NON
- Déclarons autoriser les personnes suivantes à prendre notre enfant à la sortie des classes ou de la garderie.

| Prénom-Nom | N° de Téléphone | Spécifier le(s) jour(s) le cas échéant |
|------------|-----------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

A..... Le.....

Écrire : lu et approuvé
Signature des parents

RAPPEL : En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.



ECOLE CATHOLIQUE PRIVÉE
SOUS CONTRAT AVEC L'ÉTAT

Fiche d'urgence année 2016/2017

Nom de l'enfant Prénom

Né(e) le Classe

Nom et prénom du responsable légal

Adresse du responsable légal CP
Ville

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale n° sécu. (adulte resp. de l'enfant)

N° :
Adresse :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

| | N° de Téléphone | Priorité d'appel (de 1 à 6) | Lieu ou société ou lien pour autres personnes (parenté, nounou,...) |
|------------------|-----------------|--------------------------------|--|
| 1- DOMICILE | | | |
| 2- PORTABLE PÈRE | | | |
| 3- PORTABLE MÈRE | | | |
| 4 - TRAVAIL PÈRE | | | |
| 5 -TRAVAIL MÈRE | | | |
| 6 - AUTRE | | | |

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

VACCINS

Date des derniers rappels uniquement / pour être efficace, la vaccination antitétanique nécessite un rappel tous les 5 ans.

Date DTP Proch. Rappel date BCG (facultatif)

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement :

Précautions particulières - allergies :

Traitement suivi régulièrement :

Contre-indications méd. éventuelles :

P.A.I. :

Nom adresse et numéro de téléphone du médecin traitant

Le Docteur Ville Téléphone

Nota : CE DOCUMENT EST NON CONFIDENTIEL - Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire.

Signature du responsable légal :