



## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

	Nom - Prénom	Téléphone	Relation avec l'enfant
1			
2			
3			
4			

**N.B.** : Pour les élèves de CM1 et de CM2, un formulaire d'autorisation de sortie sans adulte est disponible sur le site internet de l'école

## AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE

*(si différents des personnes mentionnées ci-dessus)*

En cas de problème de santé ou d'accident, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Vous êtes tenus de vous libérer dès l'appel téléphonique de l'école.

**Dans le cas où vous n'êtes pas joignable, merci de nous indiquer des interlocuteurs.**

En cas d'urgence, il sera fait appel au 999. Cet organisme décide, en fonction de la gravité du cas, du transport de l'enfant vers un hôpital compétent. La famille est immédiatement avertie. Les parents sont légalement responsables : vous devez prendre contact le plus rapidement possible avec l'hôpital vers lequel votre enfant aura été dirigé. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

	Nom - Prénom	Téléphone	Relation avec l'enfant
1			
2			

## AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

**Le coupon d'acceptation des règlements et procédures et l'autorisation de droit à l'image et au son sont à imprimer et retourner dûment rempli le jour de la rentrée.**

<p><b>Communication de l'adresse mail :</b>                      J'autorise l'école à communiquer mes coordonnées électroniques :                      - aux associations de parents d'élèves du Lycée.                      - à l'Amicale de l'école Marie d'Orliac.</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<p><b>Assurance scolaire</b>                      L'assurance en <i>responsabilité civile</i> n'est pas obligatoire car les enfants sont couverts par l'assurance du Lycée (par contre les parents ne le sont pas). En terme d'assurance <i>personnelle accident</i>, nous vous recommandons celles proposées par les associations de parents d'élèves du lycée qui sont bien adaptées pour les besoins scolaires (ex : dent cassée, bris de lunette, etc.).</p>	

## DEMANDE DE REGIME SPECIFIQUE AU RESTAURANT SCOLAIRE

<p>Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un régime spécifique.  <i>En dehors des cas d'allergies qui doivent faire l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).</i></p>	<input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> végétarien <input type="checkbox"/> .....
--	---

## TRAJETS POUR SE RENDRE A L'ECOLE

La lettre du *School Travel Plan* est disponible sur le site internet de l'école.

Merci d'indiquer le moyen de transport principalement utilisé par votre enfant. Cocher la ou les case(s).

A pied		En bus		En train/mé debate	
En trottinette		En voiture		Par covoiturage	
A vélo		En taxi		Autre ( <i>Merci de préciser</i> )	

A Londres, le \_\_ / \_\_ /2019

Signatures :

**Fiche de santé confidentielle 2019-2020****ATTENTION : Traitement médicamenteux ou aménagements de la demi-pension**

**Il est de la responsabilité des parents** de demander la mise en place d'un PAI – **Projet d'Accueil Individualisé.**

Sur demande des parents en amont de la rentrée ou dans les tous premiers jours, l'établissement mettra en place un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.). Une ordonnance avec un certificat médical de moins d'un an établi par un spécialiste sera alors obligatoire et indispensable pour la réalisation du P.A.I. Le traitement éventuel devra être fourni en deux exemplaires.

LES ENSEIGNANTS NE SONT PAS AUTORISES SANS CE DOCUMENT A ADMINSTRER DES MEDICAMENTS

LES ENFANTS NE POURRONT AVOIR DE PACK LUNCH SANS CE DOCUMENT

**SANTE DE VOTRE ENFANT**

En 2018-2019, votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI ? Si oui, pour quel motif ? :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement médical pour :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Asthme, élément déclencheur :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergie, pour :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladies et renseignements médicaux particuliers :	

**OPERATIONS**

Votre enfant a-t-il subi une opération ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Type d'opération :	Date de l'opération :

**MEDECIN REFERENT**

Centre médical :	Adresse :	Code postal :	Téléphone :
Nom du médecin :			

**VUE ET OUIE**

Est-ce que votre enfant a une déficience visuelle ou auditive ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-ce qu'il porte des lunettes ? Doit-il les porter tout le temps, y compris en récréation ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-ce que votre enfant porte un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non