

ETUDES et GARDERIES du SOIR

Chers parents,

En ce qui concerne **la garderie du soir** (*uniquement pour les enfants de la maternelle*), vous avez la possibilité de venir chercher votre enfant entre 17h et 18h.

Par contre, pour **les enfants des classes élémentaires** (du CP au CM2), nous vous rappelons que, comme le stipule le règlement intérieur de l'établissement, votre enfant est tenu de rester à **l'étude** jusque la sortie des élèves à 18h00. Par contre, il vous est possible de reprendre votre enfant dès 17h50 afin d'éviter les embouteillages des sorties des autres établissements.

Le Chef d'établissement.

ETUDES et GARDERIES du SOIR

Chers parents,

En ce qui concerne **la garderie du soir** (*uniquement pour les enfants de la maternelle*), vous avez la possibilité de venir chercher votre enfant entre 17h et 18h.

Par contre, pour **les enfants des classes élémentaires** (du CP au CM2), nous vous rappelons que, comme le stipule le règlement intérieur de l'établissement, votre enfant est tenu de rester à **l'étude** jusque la sortie des élèves à 18h00. Par contre, il vous est possible de reprendre votre enfant dès 17h50 afin d'éviter les embouteillages des sorties des autres établissements.

Le Chef d'établissement.

ETUDES et GARDERIES du SOIR

Chers parents,

En ce qui concerne **la garderie du soir** (*uniquement pour les enfants de la maternelle*), vous avez la possibilité de venir chercher votre enfant entre 17h et 18h.

Par contre, pour **les enfants des classes élémentaires** (du CP au CM2), nous vous rappelons que, comme le stipule le règlement intérieur de l'établissement, votre enfant est tenu de rester à **l'étude** jusque la sortie des élèves à 18h00. Par contre, il vous est possible de reprendre votre enfant dès 17h50 afin d'éviter les embouteillages des sorties des autres établissements.

Le Chef d'établissement.

Chers parents,

Le P.A.I. (Projet d'accueil individualisé) concerne l'élève atteint de **troubles de la santé** : pathologies, allergies, intolérance alimentaire, ...

Ce projet permet aux enfants et adolescents concernés de suivre leur scolarité tout en bénéficiant de leur traitement, de leur régime alimentaire, d'assurer leur sécurité et de compenser les inconvénients liés à leur état de santé.

Les parents doivent solliciter le chef d'établissement afin qu'il puisse prévenir le médecin scolaire qui réalisera le P.A.I.

Avec mon entier dévouement,
Cordialement,

**La Chef d'établissement,
C. VANDERHAEGUE**

Chers parents,

Le P.A.I. (Projet d'accueil individualisé) concerne l'élève atteint de **troubles de la santé** : pathologies, allergies, intolérance alimentaire, ...

Ce projet permet aux enfants et adolescents concernés de suivre leur scolarité tout en bénéficiant de leur traitement, de leur régime alimentaire, d'assurer leur sécurité et de compenser les inconvénients liés à leur état de santé.

Les parents doivent solliciter le chef d'établissement afin qu'il puisse prévenir le médecin scolaire qui réalisera le P.A.I.

Avec mon entier dévouement,
Cordialement,

**La Chef d'établissement,
C. VANDERHAEGUE**

Chers parents,

Le P.A.I. (Projet d'accueil individualisé) concerne l'élève atteint de **troubles de la santé** : pathologies, allergies, intolérance alimentaire, ...

Ce projet permet aux enfants et adolescents concernés de suivre leur scolarité tout en bénéficiant de leur traitement, de leur régime alimentaire, d'assurer leur sécurité et de compenser les inconvénients liés à leur état de santé.

Les parents doivent solliciter le chef d'établissement afin qu'il puisse prévenir le médecin scolaire qui réalisera le P.A.I.

Avec mon entier dévouement,
Cordialement,

**La Chef d'établissement,
C. VANDERHAEGUE**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

1. L'élève

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Lieu de naissance :	Date de naissance :

2. Ses parents (remplir obligatoirement les cadres réf : article 371-1 du code civil)

Son père

Nom :	Prénom :
Adresse :	Téléphone :

Sa mère

Nom :	Prénom :
Adresse :	Téléphone :

Situation des parents : (ex : mariés, séparés, vie commune, célibataire,...)

Si l'autorité parentale n'est pas conjointe, joindre la décision de justice qui le prouve (extrait du jugement de divorce, ordonnance de non-conciliation)

3. Les proches autorisés à reprendre l'enfant à la sortie des classes

Nom :	Prénom :	Age :	Lien de parenté éventuel :
-------	----------	-------	----------------------------

4. Situation particulière (enfant confié, placé, etc) :

--

Date - Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - NOM ET PRENOM ENFANT : Fille/Garçon Né(e) le

2 - CERTIFICATS VACCINATION

Vaccins obligatoires	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie <input type="checkbox"/>	_____	Hépatite B <input type="checkbox"/>	_____
Tétanos <input type="checkbox"/>	_____	ROR <input type="checkbox"/>	_____
Poliomyélite <input type="checkbox"/>	_____	Coqueluche <input type="checkbox"/>	_____
Ou DTPolio <input type="checkbox"/>	_____	Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	_____
Ou Tétracoq <input type="checkbox"/>	_____		

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de fond ?

Indications complémentaires :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>
Varicelle <input type="checkbox"/>	Rhumatisme AA <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autre

PRECISEZ CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place ? (si oui, cochez)

Suit-il un régime alimentaire ? Précisez le régime :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4 - Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? Précisez

5 - MEDECIN TRAITANT

Nom/Prénom du médecin _____ Téléphone _____ Ville _____

6 - COMMENTAIRES/INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom, date et signature du responsable légal :

Je soussigné(e) valide l'ensemble des informations et autorisations communiquées dans le dossier de mon enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison et autorise l'école SAINT AUGUSTIN à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation : préciser le lieu.....) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Le :

Signatures du (des) responsable(s) légal (légaux)