Fiche sanitaire

Institution SAINT-CHARLES

ANNÉE SCOLAIRE : 2025 / 2026

Classe : .....

<u>Renseignements concernant l'élève</u> :

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M [ ] F [ ] Nationalité : .....

Date de naissance : ..... / ...../..... Lieu de naissance : .....

N° portable de l'élève : .....

Régime : [ ] Externe [ ] Demi-Pensionnaire

<u>Renseignements concernant les parents</u> :

Nom du responsable légal : . .....Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

En cas d'accident, l'établissement scolaire s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
*Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins **3 numéros de téléphone** :*

N° du domicile du **responsable légal 1 :** .....Adresse mail : .....

N° du Portable : .....N° du travail : .....

N° du domicile du **responsable légal 2 :** .....Adresse mail : .....

N° du Portable : ..... N° du travail : .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible d'être contactée en cas d'urgence : .....

.....

.....

Lien de parenté éventuel : .....

Renseignements médicaux à remplir à l'aide du carnet de santé

1 - <u>Vaccinations</u> :
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Joindre la photocopie complète des vaccinations

2 - <u>Maladies :</u>

Votre enfant :

Suit-il actuellement un traitement de longue durée ?		OUI [ ]	NON [ ]
si oui, lequel ?.....			
Souffre-t-il d'une ou plusieurs allergies ?		OUI [ ]	NON [ ]
si oui, laquelle ou lesquelles ?			
Présente-t-il une intolérance à un médicament particulier ?		OUI [ ]	NON [ ]
si oui, lequel ?			
Souffre-t-il actuellement	d'une affection cardiaque ?	OUI [ ]	NON [ ]
	d'asthme ?	OUI [ ]	NON [ ]
	d'épilepsie ?	OUI [ ]	NON [ ]
	de diabète ?	OUI [ ]	NON [ ]
A-t-il des problèmes	d'audition ?	OUI [ ]	NON [ ]
	de vision ?	OUI [ ]	NON [ ]

3 <u>- Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant si nécessaire, les dates ainsi que les éventuelles opérations subies</u> :

.....

.....

4 - <u>Recommandations particulières des parents</u> :

.....

.....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

5 <u>- Transport en cas de nécessité</u> :

Si besoin, j'autorise un adulte de l'établissement à utiliser un véhicule pour emmener mon enfant aux urgences

OUI [ ] NON [ ]

En cas d'urgence médicale, le transport se fera vers **l'hôpital désigné** par le SAMU ou les pompiers.

École Saint-Charles Rentrée 2025/2026

Autorisation Carte de sortie

Chaque jour, à 11h45 et 16h30, par mesure de sécurité, les enseignants du CP et CM amènent tous leurs élèves au jusqu'au portail, rue du Bailly.

Si vous désirez que votre enfant sorte seul de l'établissement afin de vous éviter de rentrer dans Saint-Charles, il devra être muni de la carte de sortie

Attention : pour toute demande de carte, joindre **une photo d'identité**

Madame et/ou Monsieur .....

Parent(s) de ....., en classe de .....

☐ autorise(nt) leur enfant à sortir seul de Saint-Charles

Lundi	11h45	16h30	17h30
Mardi	11h45	16h30	17h30
Jeudi	11h45	16h30	17h30
Vendredi	11h45	16h30	17h30

Cocher les heures autorisées.

Le .....

Signatures des responsables :

Pour tout renouvellement, merci d'en faire la demande auprès de Mme BELLAMY à l'accueil.

1, rue du Brouage 02300 CHAUNY ☎ 03.23.52.10.50 Fax 03.23.52.39.40

Horaires du secrétariat du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 et 13h30 à 17h30

Email : accueil.institution@gmail.com Site : www.saint-charles-chauny.fr

École Saint-Charles Rentrée 2025/2026

Inscription étude et garderie

Tarifs 2025/2026

Forfait annuel non soumis à déduction en cas d'absence.

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Tarifs
Accueil (7h15-8h15)	x	x	x	x	100 € /an
Garderie Maternelles (16h45-17h30)	x	x	x	x	100 € /an
Aides aux devoirs Primaires (16h45-17h30)	x	x	x	x	100 € /an
Garderie (17h30-18h30)	x	x	x	x	100 € /an

✂----------

A rendre avant le 22 août 2025 (aucune inscription au-delà)

Monsieur et/ou Madame ..... responsable(s) de .....

En classe de ..... inscrive(nt) leur enfant :

☐ **à la garderie du matin** lundi-mardi-jeudi-vendredi (7h15-8h15)

☐ **à l'aide aux devoirs ou garderie pour les maternelles** lundi-mardi-jeudi-vendredi (16h45-17h30)

☐ **à la garderie du soir** lundi-mardi-jeudi-vendredi (17h30-18h30)

A ..... , le .....

Signature(s) des responsables légaux :

1, rue du Brouage 02300 CHAUNY ☎ 03.23.52.10.50 Fax 03.23.52.39.40
Horaires du secrétariat du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 et 13h30 à 17h30
Email : accueil.institution@gmail.com Site : www.saint-charles-chauny.fr

Attestation règlement intérieur de l'école et projet d'animation pastorale Année scolaire 2025-2026

Je soussigné(s) Mme ou M* .....

☐ père ☐ mère ☐ autre *(à préciser)*..... , responsable légal de l'élève :

Nom :..... Prénom : .....

scolarisé(e) en classe de ..... pour l'année scolaire 2025/2026

avoir lu et pris connaissance du règlement intérieur de l'école, et du projet d'animation Pastorale

disponible sur le site www.saint-charles-chauny.fr

Fait à ……, le…../…../…..

Signatures obligatoires :

Père Mère Autre

** Barré la mention inutile*

ATTESTATION

Je soussigné(e) ..... représentant légal(e) de l'enfant ..... autorise les personnes mentionnées ci-dessous, à récupérer mon enfant

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom	Prénom	N° téléphone	Adresse	Lien de parenté