|  |
| --- |
| DOSSIER SANTE 23/24 |
| ***En cas d’urgence, un élève accidenté est orienté et transporté par les services de secours vers l’hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement prévenue par l’école****.***Médecin Traitant :** ……………………………………………….. **http://lesloupiotsaiserey.e-monsite.com/medias/images/telephone-coloring-4.gif:** ……../……../……../……../……..**Adresse :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**Date du dernier****rappel DT Polio***: ……………………………………**Si votre enfant souffre d’une maladie chronique nécessitant un traitement sur le temps scolaire (allergie , asthme, …),* ***vous devez demander la rédaction ou le renouvèlement d’un Projet d’Accueil Individualisé (PAI)*** *( démarche à faire dès la rentrée auprès du chef d’établissement)***PAI à renouveler : oui motif ……………………………………** **Allergies alimentaires et à médicaments : …………………………………………………………………………………………………****Régime particulier (sans porc, autre…)** : **…………………………………………………………………………………………….****Autre problème de santé à savoir**: **……………………………………………………………………………………………………****Port de lunettes (motif) :** ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE |
| Personnes à prévenir *si l’école n’arrive pas à joindre les parents* (par ordre de priorité): |
| **Mr-Mme :**……………………………………………….. | **Lien avec l’enfant :**……………………………………………….. |
|  |
| **Téléphone domicile :** …../…../…../…../…. | **Portable :** …../…../…../…../….. | **Téléphone travail :** …../…../…../…../….. |
| **Mr-Mme :**……………………………………………….. | **Lien avec l’enfant :**……………………………………………….. |
|  |
| **Téléphone domicile :** …../…../…../…../…. | **Portable :** …../…../…../…../….. | **Téléphone travail :** …../…../…../…../….. |
| **Mr-Mme :**……………………………………………….. | **Lien avec l’enfant :**……………………………………………….. |
|  |
| **Téléphone domicile :** …../…../…../…../…. | **Portable :** …../…../…../…../….. | **Téléphone travail :** …../…../…../…../….. |
| ► Déclarons :- autoriser toute personne de l’équipe éducative de l’école dont fait partie notre enfant à prendre, en cas de maladie ou d’accident, toutes les mesures d’urgences prescrites par le médecin, y compris éventuellement l’hospitalisation, l’anesthésie et l’intervention chirurgicale.- avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées :En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l’enfant sont à la charge de la famille (les pièces justificatives de ces faits et le dossier médical seront adressés à la famille pour un éventuel remboursement). |

Signature des responsables légaux

TournerSVP

|  |
| --- |
| AUTORISATIONS DE SORTIE 2022/23 |
| **1** / **autorisons notre enfant**…………………………………………………… scolarisé en ………………….( niveau de classe Cp à CM2)  |
|  à partir **SEUL** □ le midi □ après la classe (16 h 30) □ après l’étude (17h30) □ après la garderie ( 18h30)*Préciser les jours …………………………………………………………………………………………………………* |
|  **Ou** **accompagné** de : |
|  |
| □ son frère ou sa sœur ………………………………………………………. qui fréquente **l’école St Jean Ste Thérèse** en classe de ……………………… □ son frère ou sa sœur ………………………………………………………âgé(e) de …………………………**2 /Déclarons les personnes suivantes**, en plus de nous-mêmes, autorisées à venir chercher notre enfant  |
| □ ***Mr-Mme :*** *……………………………………………………………………………………………………* | ***Lien avec l’enfant :*** *……………………………………………………* |
| **Téléphone domicile :** …../…../…../…../…. | **Portable :** …../…../…../…../…. | **Téléphone autre :** …../…../…../…../…. |
| □ ***Mr-Mme :*** *……………………………………………………………………………………………………* | ***Lien avec l’enfant :*** *……………………………………………………* |
| **Téléphone domicile :** …../…../…../…../…. | **Portable :** …../…../…../…../…. | **Téléphone autre :** …../…../…../…../…. |
| □ ***Mr-Mme :*** *……………………………………………………………………………………………………* | ***Lien avec l’enfant :*** *……………………………………………………* |
| **Téléphone domicile :** …../…../…../…../…. | **Portable :** …../…../…../…../…. | **Téléphone autre :** …../…../…../…../…. |
|  |  |
|  |  |  |
|  |
| SORTIES SCOLAIRES – EDUCATION PHYSIQUE |
| Les sorties sur le temps scolaire sont obligatoires, vous en serez informés. Nous **attestons** que notre enfant ne présente aucun handicap qui lui interdirait les cours d’éducation physique (dans le cas de dispense, joindre un certificat médical) et **sommes informés que** notre enfant participera aux séances de natation (pour les enfants de GS -CP-CE1-CE2-CM1-CM2). |
| DROITS A L’IMAGE |
| Dans le cadre des activités de l’école, des photos peuvent être réalisées. Nous sollicitons donc votre autorisation.► **autorisons** la publication de photographies sur lesquelles apparaît l’enfant **dans les activités scolaires.** Elles pourront être affichées dans l’école ou collées dans des cahiers (compte-rendu, support d’activités, manifestations dans l’école…).► **autorisons** la publication de photographies sur lesquelles apparaît l’enfant **sur** site internet de l’école, application « class dojo » interne à l’école). Les légendes ne comporteront pas de renseignements susceptibles d’identifier l’élève ou sa famille.**Dans le cas contraire, nous informer par écrit (mail à la direction uniquement ( adresse ci-dessous)** |
|  |

Nous nous engageons à signaler **par écrit ( lettre ou mail)**  tout changement, en cours d’année, modifiant les indications mentionnées sur cette fiche

TournerSVP

 Le ……………………………… .Signature des responsables légaux

Ecole St Jean - Ste Thérèse 20 rue de Sully Prudhomme 35 000 RENNES

 eco35.st-jean-ste-therese.rennes@enseignement-catholique.bzh ( direction)

 secretariataccueil@thereserennes.org( secrétariat) ** : 02.99.50.96.10

site : <https://www.ecole-st-jean-ste-therese-rennes.com> 