



Réservé à la structure

QF

Justificatif CAF

Livret de famille

Attestation d'assurance

Vaccins

SERVICE ENFANCE 2019-2020

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de Naissance : / / Garçon Fille

Ecole : Gaston Chaissac St Joseph Autre commune Classe : _____

SERVICE(S) FREQUENTE(S) Accueil Périscolaire

Accueil de Loisirs

REPRESENTANT LEGAL (1)

Nom: _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP/Ville : _____

Téléphone 1 : ___/___/___/___/___

Téléphone 2 : ___/___/___/___/___

Mail : _____

Recevoir les fiches d'inscriptions et programmes

REPRESENTANT LEGAL (2)

Nom: _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP/Ville : _____

Téléphone 1 : ___/___/___/___/___

Téléphone 2 : ___/___/___/___/___

Mail : _____

Recevoir les fiches d'inscriptions et programmes

PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE OU DE RETARD ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de joindre les parents).

Nom: _____ Prénom : _____ N° de tél : ___/___/___/___/___

Nom: _____ Prénom : _____ N° de tél : ___/___/___/___/___

Nom: _____ Prénom : _____ N° de tél : ___/___/___/___/___

AUTORISTATIONS POUR L'ANNEE SCOLAIRE (du 1^{er} septembre 2019 au 31 août 2020)

DROIT A L'IMAGE OUI NON

J'autorise la mairie à utiliser les images et photos de mon enfant prises durant les activités périscolaires et extrascolaires, conformément à l'article 9 du Code Civil sur le droit à l'image des personnes.

AUTORISATION DE TRANSPORT OUI NON

J'autorise le personnel du service enfance à transporter mon enfant pour se déplacer sur le lieu d'une activité située hors de l'accueil de loisirs (transport en car, minibus, voiture si besoin).

AUTORISATION DE SORTIR SEUL

J'autorise mon enfant à sortir seul : de l'accueil de loisirs à 17h

de l'accueil périscolaire à ___h___

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

N° de Sécurité sociale : _____

Nom et  du médecin traitant _____

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI NON (si oui, joindre une ordonnance récente)



Tout traitement médical sans ordonnance ne pourra être donné à l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES → **Merci de joindre la photocopie des vaccins (carnet de santé)**

Diphtérie OUI NON Ou DT polio OUI NON

Tétanos OUI NON Ou Tétracoq OUI NON

Poliomyélite OUI NON

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Varicelle Rubéole Oreillons Scarlatine Angine Coqueluche Otite Rougeole

ALLERGIES :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses AUTRES (précisez) _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

DIFFICULTÉS DE SANTÉ, REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Indiquez-ci-dessous : *Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...* en précisant les **dates** et les **précautions** à prendre.

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise le maire ou/et son représentant à prendre le cas échéant, toutes mesures (médicales, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- **Atteste avoir lu le règlement intérieur des différents services.**

Date :

Mention « lu et approuvé » + Signature :