

Réservé à la structure

QF

- Justificatif CAF /MSA     Livret de famille  
 Attestation d'assurance     Vaccins

## SERVICE ENFANCE 2020-2021

### 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

Numéro CAF ou MSA auquel est rattaché l'enfant : \_\_\_\_\_

### REPRESENTANT LEGAL 1

Personne facturable

Père  Mère  Tuteur  Famille d'accueil

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Téléphone 2 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### REPRESENTANT LEGAL 2

Père  Mère  Tuteur  Famille d'accueil

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Téléphone 2 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### Situation familiale des parents ou des représentants légaux :

Mariés     Pacsés     Union libre     Veuf(ve)     Célibataire     Divorcés     Séparés

### Situation de l'enfant en cas de divorce ou séparation :

Résidence principale au domicile de la maman

Résidence principale au domicile du papa

Résidence Garde alternée (**merci de fournir un planning**)

Autre préciser \_\_\_\_\_

### PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

*(si impossibilité de joindre les parents).*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS POUR L'ANNEE SCOLAIRE (du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 août 2021)

**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 a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? OUI  NON

 **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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Ou DT polio	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Tétanos	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Ou Tétracoq	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Poliomyélite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

### 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) :  père  mère  tuteur légal

- Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus. Toute fausse déclaration entraînerait d'éventuelles poursuites, conformément à l'article 441-7 du Code pénal.
- Déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur des différents services
- 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.

Date :

Signature :