

DOSSIER UNIQUE D'INFORMATIONS
Temps périscolaires / Restaurant scolaire
2023 - 2024

L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
CLASSE 2023-2024 :	Ecole fréquentée :

LA FAMILLE

REPRESENTANT LEGAL 1		REPRESENTANT LEGAL 2	
PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (préciser).....		PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (préciser).....	
AUTORITE PARENTALE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		AUTORITE PARENTALE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
NOM :	PRENOM :	NOM :	PRENOM :
TEL FIXE :		TEL FIXE :	
TEL PORTABLE :		TEL PORTABLE :	
TEL AUTRE :		TEL AUTRE :	
COURRIEL :		COURRIEL :	

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES (obligatoires)

VACCINATION A JOUR (fournir une copie du carnet de santé) :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
NOM DU MEDECIN :	N° TEL :	
ALLERGIES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ASTHME <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTS <input type="checkbox"/>
Précisez :		
PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, se rapprocher du directeur de l'école et de la médecine scolaire ou de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I), pour étudier la nécessité de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I).		
HANDICAP :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui précisez :		
RECOMMANDATIONS PARTICULIERES : (ex : port de lunettes, prothèses auditives, ...)		
Précisez :		

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des temps périscolaires :

François AIRAULT– BOURG :	16h30	<input type="checkbox"/>	18h30	<input type="checkbox"/>
François BELIN– CHAVAGNE :	16h30	<input type="checkbox"/>	18h30	<input type="checkbox"/>
Charles TRENET–BOISRAGON :	16h15	<input type="checkbox"/>	18h30	<input type="checkbox"/>

PERSONNE(S) HABILITE(S) AUTRES QUE LES PARENTS

NOM Prénom	NUMERO TELEPHONE	Personnes autorisées à venir chercher l'enfant	Personnes à contacter en cas d'urgence
		OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités mises en place, votre enfant est susceptible d'être photographié ou filmé. Ces outils pédagogiques seront utilisés à des fins de communication par le biais d'affiches, d'exposition et de publication (mensuel, site internet et page Facebook officielle de la Commune...).
J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant

OUI NON

SORTIE ET TRANSPORT

Dans le cadre des activités mises en place, votre enfant est susceptible de sortir des locaux et enceintes habituelles d'accueil et d'être donc transporté(s) par minibus, bus ...
J'autorise la sortie et le transport de mon enfant

OUI NON

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Dans la mesure où l'équipe d'encadrement n'arriverait pas à vous joindre celle-ci prendra toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation ...) rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant, après consultation du médecin régulateur du SAMU .
J'autorise la prise en charge de mon enfant

OUI NON

Fait à
Signature (s) :

Le