



FICHE ENFANT TEMPS PERISCOLAIRES RESTAURANT SCOLAIRE 202..... / 202.....



L'ENFANT

| | |
|--|-------------------------|
| NOM _____ | PRENOM _____ |
| DATE DE NAISSANCE _____ | LIEU DE NAISSANCE _____ |
| SEXE FEMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> | NIVEAU SCOLAIRE _____ |

SECTORISATION - cadre à remplir par l'administration

JUSTIFICATIFS

| | |
|--|---|
| Ecole Maternelle M. Yousafzai <input type="checkbox"/> | CARNET DE SANTE / VACCINATION <input type="checkbox"/> |
| Ecole Elémentaire Centre bourg F. Airault <input type="checkbox"/> | ASSURANCE <input type="checkbox"/> |
| Ecole Elémentaire Boisragon C. Trenet <input type="checkbox"/> | EXTRAIT DE JUGEMENT DE DIVORCE <input type="checkbox"/> |
| Ecole Elémentaire Chavagné F. Belin <input type="checkbox"/> | |

LA FAMILLE

| | |
|--|--|
| RESPONSABLE 1 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RESPONSABLE 2 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| LIEN AVEC L'ENFANT _____ | LIEN AVEC L'ENFANT _____ |
| AUTORITE PARENTALE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | AUTORITE PARENTALE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| NOM _____ | NOM _____ |
| PRENOM _____ | PRENOM _____ |
| TEL PORTABLE _____ | TEL PORTABLE _____ |
| TEL AUTRES _____ | TEL AUTRES _____ |
| ADRESSE ELECTRONIQUE _____ | ADRESSE ELECTRONIQUE _____ |

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES (obligatoires)

| | |
|---|---|
| VACCINATION A JOUR OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Fournir une copie du carnet de santé / vaccination |
| NOM DU MEDECIN _____ | TEL _____ |
| ALLERGIES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | PRECISEZ : _____ |
| PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| se rapprocher du directeur d'école / médecine scolaire ou de la protection Maternelle Infantile (PMI) si besoin | |
| HANDICAP OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | PRECISEZ : _____ |
| RECOMMANDATIONS PARTICULIERES (Ex : port de lunettes, prothèses auditives, ...) | |
| PRECISEZ : _____ | |

AUTORISATIONS

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

| | | | | | |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Ecole Élémentaire Centre bourg F. Airault | <input type="checkbox"/> | 16h30 | <input type="checkbox"/> | 18h30 | <input type="checkbox"/> |
| Ecole Élémentaire Boisragon C. Trenet | <input type="checkbox"/> | 16h15 | <input type="checkbox"/> | 18h30 | <input type="checkbox"/> |
| Ecole Élémentaire Chavagné F. Belin | <input type="checkbox"/> | 16h30 | <input type="checkbox"/> | 18h30 | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | |
|------------|-------|------------------------------------|-----|--------------------------|
| NOM PRENOM | _____ | Autorisé à venir chercher l'enfant | OUI | <input type="checkbox"/> |
| TEL | _____ | A contacter en cas d'urgence | OUI | <input type="checkbox"/> |
| NOM PRENOM | _____ | Autorisé à venir chercher l'enfant | OUI | <input type="checkbox"/> |
| TEL | _____ | A contacter en cas d'urgence | OUI | <input type="checkbox"/> |
| NOM PRENOM | _____ | Autorisé à venir chercher l'enfant | OUI | <input type="checkbox"/> |
| TEL | _____ | A contacter en cas d'urgence | OUI | <input type="checkbox"/> |
| NOM PRENOM | _____ | Autorisé à venir chercher l'enfant | OUI | <input type="checkbox"/> |
| TEL | _____ | A contacter en cas d'urgence | OUI | <input type="checkbox"/> |
| NOM PRENOM | _____ | Autorisé à venir chercher l'enfant | OUI | <input type="checkbox"/> |
| TEL | _____ | A contacter en cas d'urgence | 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 transporté(e) 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

SIGNATURES DU / DES REPRESENTANTS LEGAUX

FAIT A LA CRECHE
 LE

CV
 LF
 AM
 SJ