Fiche Enfant Scolarisé

PHOTO
(facultatif)

NOM |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Né(e) le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Age |_|_| ans Sexe ❒F ❒G

Établissement scolaire : _____

Classe fréquentée : _____

INFORMATIONS MEDICALES

Nom du médecin traitant : _____ ✆ : _____

Votre enfant suit un traitement : ❒ oui ❒ non

Votre enfant a une allergie : ❒ oui ❒ non

Votre enfant suit un régime alimentaire : ❒ oui ❒ non

Autres éléments qui vous semblent important de mentionner :

PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES PAS JOIGNABLE

Personne n°1	Personne n°2
NOM et prénom : Lien de parenté avec l'enfant : ✆ domicile : ✆ portable : ✆ travail :	NOM et prénom : Lien de parenté avec l'enfant : ✆ domicile : ✆ portable : ✆ travail :

INTERVENTION DES SECOURS

Je soussigné(e)/nous soussignés, Monsieur et/ou Madame _____

Responsable(s) légal(aux) disposant de l'autorité parentale de l'enfant_____

- Autorise (ons) le personnel du Pôle Éducation Enfance Jeunesse à contacter un médecin ou les secours d'urgence en cas d'accident survenant à mon enfant ;
- Autorise (ons) l'anesthésie de mon/mes enfants, au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Signature du père : ***Signature de la mère :***

Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à l'égard des informations nominatives recueillies, auprès de la mairie ou du service Education Enfance Jeunesse.

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE MON ENFANT

Seules les personnes ayant **14 ans révolus***sont autorisées à prendre en charge les enfants.

Je soussigné(e)/nous soussignés, Monsieur et/ou Madame _____

Autorise (ons) les personnes nommées ci-dessous à prendre en charge mon enfant.

Nom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	**Prénom** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
✆Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	✆Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	**Prénom** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
✆Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	✆Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	**Prénom** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
✆Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	✆Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	**Prénom** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
✆Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	✆Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

En aucun cas le personnel ne remettra l'enfant à une personne non inscrite sur cette liste. Le personnel pourra demander une pièce d'identité à la personne.

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise

Le départ **seul** de mon enfant, **à partir de 10 ans***, :

des temps périscolaires	❒ oui	❒ non
de l'Accueil de Loisirs Ty Colo	❒ oui	❒ non
de la Maison de la Jeunesse.	❒ oui	❒ non

❒ mon enfant à être maquillé dans le cadre des animations.

❒ mon enfant à participer à la piscine

❒ la prise et la diffusion de l'image de mon enfant sur les supports de communication de la Ville pour une durée de 5 ans.

***** dérogation possible (joindre le document au dossier)

Fait à : _____ Le : _____

Signature du père : ***Signature de la mère :***

Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à l'égard des informations nominatives recueillies, auprès de la mairie ou du service Education Enfance Jeunesse.