

ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance : .../.../.....

École:

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Cocher la case correspondante Père Mère Tuteur légal

Madame, Monsieur :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

Adresse mail des parents :@.....

CE MAIL SERA CELUI UTILISÉ POUR L'ESPACE FAMILLE

Si vous l'acceptez, la communication de votre adresse mail nous permettra de mieux communiquer avec vous :

J'accepte de recevoir des informations de la mairie via une liste de diffusion

Caisse d'allocation : : CAF MSA Autre :

N° allocataire : Quotient familial :

Cocher la case correspondante Père Mère Tuteur légal

Madame, Monsieur :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

Adresse mail des parents :@.....

Si vous l'acceptez, la communication de votre adresse mail nous permettra de mieux communiquer avec vous :

J'accepte de recevoir des informations de la mairie via une liste de diffusion

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (*nom des parents ou tuteur légal*)
..... autorise à venir chercher mon enfant :

NOM	Prénom	N° de Téléphone	Lien avec l'enfant

AUTORISATIONS PARENTALES

AUTORISE les responsables de la structure à :

- Ce que mon enfant participe aux activités proposées.
- Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin.
- A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant, à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgences.
- Photographier mon enfant dans le cadre des activités et en autorise la parution sur les différents médias de l'organisateur : oui non

SANTE

Médecin traitant :

Tél :

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement : Père Mère Tuteur légal

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM - Prénom	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1		Maison : Travail : Portable :	
2		Maison : Travail : Portable :	

Allergies :

Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

.....
.....
.....

*Joindre la photocopie de la page vaccination du carnet ou une attestation signée du médecin
(uniquement si nouvelle vaccination dans l'année)*

Signature des deux parents (ou du responsable légal) :

Le Père,

La Mère,

ACCEPTATION DES REGLEMENTS DES ACCUEILS

Accueil périscolaire – Restauration – Île aux enfants

Je soussigné(e) Madame/Monsieur.....et (prénom(s) de(s) l'enfant(s))
..... Certifie avoir pris connaissance des règlements des
accueils municipaux et de la charte des enfants (consultables sur le site internet de la commune) et en avoir
accepté les termes.

Le

Signatures :

Les parents

L'enfant

