

ANNÉE SCOLAIRE : 20.. – 20..

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : Fille Garçon

Ecole fréquentée : Les Sources Carcassonne

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Date de naissance

Date de naissance

Adresse

Adresse

☎ Fixe

☎ Fixe

Portable

Portable

Professionnel

Professionnel

✉@

✉@

Mariés Vie maritale Pacs Séparés Divorcés Veuf (ve) Célibataire

J'AUTORISE MON ENFANT A QUITTER LA STRUCTURE SEUL : oui non

DROIT A L'IMAGE

J'autorise oui non à titre gracieux la Ville de Linas à fixer, enregistrer et reproduire l'image de l'enfant dont je suis le représentant légal ainsi qu'à la modifier et à l'utiliser dans le cadre de la création de tout support artistique, d'information ou de communication (expositions, journal municipal, site Internet, réseaux sociaux, flyers ...) lors de son accueil par les ALSH et la MDJ de Linas. Celle-ci ne pourra en aucun cas faire l'objet d'utilisations commerciale ou politique. La présente autorisation est consentie pour tous supports connus ou à connaître, pour une durée de deux ans.

TRANSPORT

J'autorise oui non mon enfant à être transporté en minibus ou en car (société) dans le cadre d'une sortie ou d'une activité extérieure.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du service enfance scolaire jeunesse, et m'engage à le respecter :

Date :

Signature(s) :

AUTORISATIONS PARENTALES DES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant sur la structure :

Nom Prénom Lien avec l'enfant

☎ Fixe Portable..... Professionnel

Nom Prénom Lien avec l'enfant

☎ Fixe Portable..... Professionnel

Nom Prénom Lien avec l'enfant

☎ Fixe Portable..... Professionnel

VACCINATIONS : FOURNIR LA COPIE DES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical régulier** ? oui non

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant doit-il suivre un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** ? oui non

Si oui, dossier à constituer auprès du médecin scolaire

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

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

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

.....
.....

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :