



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

NOM :
Prénom :
Date de naissance :

REPRÉSENTANT(S) LÉGAL (AUX)

Nom et Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél domicile :
Adresse mail :@.....
(La commune souhaite développer la correspondance par mail, merci de renseigner votre adresse. Elle sera réservée à ce seul usage)

| Père | | Mère | |
|-------------------|-------|-------------------|-------|
| Lieu de travail : | | Lieu de travail : | |
| Tél travail : | | Tél travail : | |

PERSONNE(S) À APPELER EN CAS DE BESOIN

Nom et Prénom :
Téléphone :

MÉDECIN TRAITANT

Nom et Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nom – Prénom : | Nom – Prénom : | Nom – Prénom : |
| Adresse : | Adresse : | Adresse : |
| Téléphone : | Téléphone : | Téléphone : |

Indiquer ci-dessous tous les renseignements que vous jugez utiles concernant votre enfant (allergies, traitement médical en cours, régime alimentaire, ...) :

➤ **En cas de trouble de santé, un Projet d'Accueil Individualisé doit être réalisé**

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

Je soussigné(e)responsable légal(e) de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **autorise ou n'autorise pas*** le responsable de la structure à donner en lieu et place, toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Date :

Signature :

Précédée de la mention « Bon pour pouvoir »

** Rayer la mention inutile*

NB : En cas de changement dans tous ces renseignements au cours de l'année scolaire, veuillez impérativement prévenir le responsable.

UTILISATION DES PHOTOS DE VOTRE ENFANT

Dans le cadre du temps périscolaires et extrascolaires, des photos sont réalisées et exploitées.

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant ;

- autorise la mairie de Le Sourn à utiliser les photos de mon enfant.
- n'autorise pas la mairie de Le Sourn à utiliser les photos de mon enfant.

Fait à _____, le _____

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant ;
reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des Temps d'Activités Périscolaires, et en avoir accepté les conditions.

Fait à _____, le _____