**Enfant**

NOM : Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexe : F M Nationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsables**

**Responsable légale 1 :** Autorité Parentale OUI NON

NOM : Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse :

Code postal : Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_ Tel professionnel : \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_

Mail : @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsable légale 2 :** Autorité Parentale OUI NON

NOM : Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse :

Code postal : Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_ Tel professionnel : \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informations médicales**

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_

**Allergies ou intolérances** : l’enfant est-il sujet aux allergies suivantes :

* Asthme
* Allergies ou intolérances médicamenteuses – Précisez la cause : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Allergies ou intolérances alimentaires – Précisez la cause : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Autre – Précisez la cause : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**P.A.I.**: Un protocole d’accueil individualisé a-t-il été signé ? 🞏 OUI 🞏 NON

Précisez la raison du P.A.I : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ce que vous souhaitez nous signaler **concernant votre enfant** :

**Informations diverses**

🞏 Inscrit(e) au transport scolaire 🞏 Inscrit(e) à l’accueil périscolaire 🞏 autorisé(e) à rentrer seul(e)

**Personnes à prévenir en cas de nécessité et autorisées à récupérer l’enfant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom & prénom** | **Lien de parenté** | **Téléphone** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

A Le Cellier, le\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **Signature des parents
 Mention « Lu et approuvé »**

**Autorisation de filmer / photographier**

Monsieur et/ou Madame : **(\*) Rayer les mentions non autorisées**

Autorise(nt) que mon(notre) enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d’utilisation par :

* Le service Education lui-même (journal interne, …)
* Le service communication de la commune
* La presse
* Le site internet et autres supports informatiques de la commune
* Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

A Le Cellier, le\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **Signature des parents
 Mention « Lu et approuvé »**

**Autorisation d’hospitalisation**

Monsieur et/ou Madame : **(\*) Rayer les mentions non autorisées**

Autorise(nt) le personnel communal à prendre toutes initiatives nécessaires en cas d’accident ou maladie subite de mon(notre) enfant : transfert à l’hôpital

Décharge(nt) les personnes ci-dessus mentionnées de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu’à l’hôpital.

Autorise(nt) l’équipe médicale à pratiquer les gestes qu’elle jugera indispensables au regard de l’état de santé de mon(notre) enfant

A Le Cellier, le\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **Signature des parents
 Mention « Lu et approuvé »**

**Autorisation de participer aux activités du temps méridien**

Monsieur et/ou Madame : **(\*) Rayer la mention non autorisée**

Autorise(nt) que mon(notre) enfant participe aux activités du temps méridien

A Le Cellier, le\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **Signature des parents
 Mention « Lu et approuvé »**