



**Fiche « Enfant »**  
**Année scolaire 2023-2024**  
(Page « Enfant » 1/2)

**L'enfant**

Nom : .....

Prénom : .....

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

Sexe :  Fille  Garçon

Ecole fréquentée à la rentrée 2023 – 2024 :

- Ecole Maternelle Gérard Philipe       Ecole Primaire Jules Guesde  
 Ecole Maternelle Marcel Pagnol       Ecole Primaire Marcel Pagnol  
 Ecole Maternelle Jacques Prévert       Ecole Primaire Georges Brassens

Classe : .....

Choix des menus :  Menu habituel       Menu sans Porc       Menu sans viande

**Coordonnées des Représentants Légaux**

➤ 1<sup>er</sup> Représentant Légal :  Père  Mère  Beau-Père  Belle-Mère  Tuteur  Autre : .....

Nom - Prénom : .....

① Fixe : .....      ① Portable : .....      ① Professionnel : .....

➤ 2<sup>ème</sup> Représentant Légal :  Père  Mère  Beau-Père  Belle-Mère  Tuteur  Autre : .....

Nom - Prénom : .....

① Fixe : .....      ① Portable : .....      ① Professionnel : .....

**Personnes à contacter en cas d'urgence et référent adulte autorisé à récupérer l'enfant (dans l'ordre de préférence)**

1 Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

① Fixe : .....      ① Portable : .....      ① Professionnel : .....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

- Venir chercher l'enfant       Etre prévenu en cas d'urgence

2 Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

① Fixe : .....      ① Portable : .....      ① Professionnel : .....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

- Venir chercher l'enfant       Etre prévenu en cas d'urgence

## Renseignements médicaux

Médecin traitant : ..... ① :

Lieu de préférence en cas d'hospitalisation : .....

L'enfant fait-il objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?

- Oui (joindre une copie)       Non

Décrire les problèmes de santé (allergie(s), affection(s), contre-indication(s) médicale(s), handicap ...) et joindre un certificat médical du spécialiste décrivant le traitement et préciser toute autre information utile (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, ...) :

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

La municipalité se dégage de toute responsabilité en cas de problème de santé connu et non précisé lors de l'inscription à la cantine.

## Autorisations

Je soussigné(e), ....., agissant en qualité de

- père     mère     tuteur     Autre : .....

### **AUTORISE PAR LA PRESENTE :**

- La personne faisant fonction de directeur à faire pratiquer sur mon enfant tout traitement médical ou chirurgical en cas d'urgence. Dans ce cas, mon enfant devra être conduit au centre hospitalier le plus proche.
- La prise en charge de mon enfant par une personne autre que les tuteurs légaux en cas de soucis lors des différentes activités menées par la municipalité. Ces personnes sont celles désignées à la page précédente.
- Les accompagnateurs à prendre en charge mon enfant dès sa sortie de classe et à les amener sur le lieu d'activité.

*Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et à informer la municipalité de tout changement de situation.*

Fait à : ..... Le : .....

Signature des Parents ou responsable légal, précédée de la mention « lu et approuvé » :

(Noms Prénoms)

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