



Fiche « Enfant »
Année scolaire 2024-2025
(Page « Enfant » 1/2)

L'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : Fille Garçon

Ecole fréquentée à la rentrée 2024 – 2025 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ecole Maternelle Gérard Philipe | <input type="checkbox"/> Ecole Primaire Jules Guesde |
| <input type="checkbox"/> Ecole Maternelle Marcel Pagnol | <input type="checkbox"/> Ecole Primaire Marcel Pagnol |
| <input type="checkbox"/> Ecole Maternelle Jacques Prévert | <input type="checkbox"/> Ecole Primaire Georges Brassens |

Classe :

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

Coordonnées des Représentants Légal

➤ 1^{er} Représentant Légal : Père Mère Beau-Père Belle-Mère Tuteur Autre :

Nom - Prénom :

① Fixe : ① Portable : ① Professionnel :

➤ 2^{ème} 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 deux parents (noms, prénoms) ou responsable légal, précédée de la mention « lu et approuvé » .