

Temps d'Activités Périscolaires

Commune de Poule-Les Echarmeaux

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE

Année 2016/2017

Renseignements concernant l'enfant :

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... Classe :

Adresse :

Adresse Mail :@.....

Renseignements concernant les parents :

● NOM et PRENOM du PERE :

Adresse :

Téléphone fixe :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....

Téléphone professionnel :/...../...../...../.....

● NOM et PRENOM de la MERE :

Adresse :

Téléphone fixe :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....

Téléphone professionnel :/...../...../...../.....

Situation familiale :

Célibataire Divorcé (e) Veuf (ve) Marié (e)

Pacsé (e) Concubinage : (préciser nom de famille de la mère).....

Assurance responsabilité civile :

Organisme : n° de contrat :

Assurance scolaire et périscolaire :

Organisme : n° de contrat :

Départ de l'enfant :

NB : Les enfants ne sont pas autorisés à quitter seuls les Temps d'Activités Périscolaires sans autorisation écrite des parents (joindre autorisation écrite si nécessaire).

Monsieur et Madame :.....autorisent les personnes suivantes à récupérer leur enfant auprès des employées municipales.

**A prévenir en cas d'urgence :
cocher**

M. ou MmeTél :/...../...../...../.....

Adresse :..... lien avec l'enfant :

M. ou MmeTél :/...../...../...../.....

Adresse :..... lien avec l'enfant :

M. ou MmeTél :/...../...../...../.....

Adresse :..... lien avec l'enfant :

Santé :

Médecin traitant :Tél :/...../...../...../.....

Adresse :.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui joindre la copie Non

Autorisation de donner des soins ou d'hospitaliser :

Monsieur et Madame :.....

Demeurant à :

Autorisent le Maire et/ou son représentant à faire assurer, en cas d'urgence, les premiers soins et à procéder, en cas de nécessité et orienté par les services d'urgence, à l'hospitalisation de l'enfant : Nom :.....Prénom : La famille est immédiatement avertie.

Vaccinations : date dernier DT Polio.....

Renseignements particuliers (allergies, traitement...):.....

Droit à l'image : Accepte que mon enfant puisse éventuellement être pris en photo et autorise l'exploitation de ces images dans les outils d'information et de communication de la municipalité (bulletin municipal, Progrès) oui non