

CF :		Agent :	
CE :		Traité le :	
Date de réception :			

DOSSIER : PARENTS TUTEUR

SI **GARDE ALTERNEE** : JUSTIFICATIFS (jugement, planning de garde)

Dossier : PERE MERE

1 – ENFANT

NOM **Sexe :** Fille Garçon

Prénom **Date de naissance :**

Classe **Ecole :**

2 – RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

* barrer la mention inutile

	NOM- Prénom	Téléphone
Père, Mère, Tuteur(trice)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Père, Mère, Tuteur(trice)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 – LISTE DES PERSONNES HABILITEES A RECUPERER MON ENFANT (autres que les responsables légaux)

NOM- Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Important : les personnes désignées par les responsables légaux pour être habilitées à récupérer un enfant, doivent être :

- de la fratrie et avoir plus de 14 ans (pour les activités périscolaires et éducatives)
- une personne majeure uniquement (pour les MAC/MAF et l'ACM)

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Tél :

Votre enfant présente-t-il un handicap ? NON OUI **Si coché OUI ou autre case ci-contre**

ALLERGIES : Alimentaire Médicamenteuse Autre **Merci de bien vouloir renseigner la Fiche d'Accompagnement Projet Personnalisé**

TROUBLES LIES A : Asthme Crises convulsives Autre

VACCINATIONS : Joindre **OBLIGATOIREMENT** une copie du carnet de vaccinations de l'enfant à jour ou un certificat médical attestant que les vaccins sont à jour

PRISE EN CHARGE PAR DES SERVICES D'URGENCES : J'autorise Je n'autorise pas

Le transfert à l'hôpital par des services d'urgence (pompiers, SAMU,...) et, le cas échéant, le corps médical à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS, ANTECEDENTS MEDICAUX , APPAREILLAGES,...

5 – AUTORISATIONS PARENTALES

AUTORISATION DE SORTIE : J'autorise Je n'autorise pas
mon enfant à sortir seul de l'école après les activités éducatives (uniquement pour les enfants scolarisés en élémentaire).

DROIT A L'IMAGE : J'autorise Je n'autorise pas

La Ville de Salon-de-Provence à reproduire, publier et diffuser librement sous toutes les formes et par tous les procédés (presse, édition, internet, supports audiovisuel et numérique, autres...) les photos qui seraient prises représentant mon enfant lors de quelque activité que ce soit (école, cantine, périscolaires, ACM, MAC/MAF...).

Je soussigné(e) , responsable légal(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

FAIT LE : A : SIGNATURE :