

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

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 A.C.M.)
- une personne majeure uniquement (pour les MAC/MAF)

**4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Nom du médecin traitant :  Tél :

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

**ALLERGIES :**  Alimentaire  Médicamenteuse  Autre **Merci de bien vouloir renseigner la Fiche**

**TROUBLES LIES A :**  Asthme  Crises convulsives  Autre **d'Accompagnement Projet Personnalisé**

**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 périscolaires (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 :