

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"/>

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

- pour les **activités périscolaires et extrascolaires** : de la fratrie et avoir plus de 14 ans ou une personne majeure

- pour les **MAC/MAF** : une personne majeure **uniquement**

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Tél :

Votre enfant présente-t-il ?

UN HANDICAP : OUI NON

UNE ALLERGIE : Alimentaire Médicamenteuse Autre

DES TROUBLES : Asthme Crises convulsives Autre

Si votre enfant est concerné :

Merci de bien vouloir renseigner **la Fiche d'Accompagnement Projet Personnalisé - A.P.P.**

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

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.

5 – AUTORISATION PARENTALE

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...).

SORTIES : J'autorise Je n'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre des A.C.M. (mercredis et vacances scolaires).

6 – REGIME ALIMENTAIRE

STANDARD SANS PORC P.A.I.

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

FAIT LE : A : SIGNATURE :