

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

DOSSIER :  PARENTS  TUTEUR

SI GARDE ALTERNÉE :  JUSTIFICATIFS (jugement, planning de garde)

Dossier :  PÈRE  MÈRE

### 1 – ENFANT

NOM :  Sexe :  Fille  Garçon

Prénom :  Date de naissance :

Classe :  Ecole :

### 2 – RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

\* barrer la mention inutile

NOM- Prénom

Téléphone

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

### 3 – PERSONNES HABILITÉES A RÉCUPÉRER 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"/>

**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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant :  Tél :

#### Votre enfant présente-t-il ?

#### Si votre enfant est concerné :

**UN HANDICAP** :  OUI  NON

**UNE ALLERGIE** :  Alimentaire  Médicamenteuse  Autre

**DES TROUBLES** :  Asthme  Crises convulsives  Autre

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

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS, ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX , 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 – RÉGIME 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 :