

Date réception : Traité le :

Par : Par :

C.F. :

DOSSIER : PARENTS TUTEURSI GARDE ALTERNÉE : JUSTIFICATIFS (jugement, planning de garde)Dossier : PÈRE MÈRE**1 – ENFANT** C.E. :

NOM Sexe : Fille Garçon

Prénom Date de naissance :

Classe Ecole :

2 – RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

* barrer la mention inutile

NOM- Prénom

Téléphone

Père, Mère, Tuteur(trice)*

Père, Mère, Tuteur(trice)*

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"/>

CONDITIONS pour être
habilité(es) à récupérer un
enfant :

- aux activités périscolaires et extrascolaires : être de la fratrie et avoir plus de 14 ans, ou personne majeure
- aux MAC/MAF (crèches) : personne majeure uniquement

4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANTNom 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
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 :