

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 : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> 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

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'ENFANT

Nom du médecin traitant : Tél :

Votre enfant présente-t-il ?

Si votre enfant est concerné :

UN HANDICAP :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
UNE ALLERGIE :	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autre
DES TROUBLES :	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Crises convulsives <input type="checkbox"/> Autre

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

(*sauf si allergie médicamenteuse)

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 (obligatoire pour les carnets hors de France)

5 – AUTORISATIONS PARENTALESSORTIES : J'autorise Je n'autorise pas

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

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.

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...).

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 : _____