

- Restaurant scolaire       Temps d'Activités Périscolaires (TAP)  
 Garderie       École de Sports  
 Activités sportives et loisirs MULTI-ACT (petites vacances scolaires)

Cadre réservé à la mairie déléguée

Nom, prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../.....       Garçon       Fille

Classe à la rentrée 2017 : ..... Nom, prénom de l'enseignant : .....

N° de sécurité sociale : .....

Nom, prénom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Code Postal / Ville : .....

Email (des informations vous seront envoyées par ce biais) : .....

Père : Tél fixe : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

Mère : Tél fixe : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

Autre(s) personne(s) à appeler en cas d'urgence :

Nom : ..... Tél fixe : ..... Tél portable : .....

Nom : ..... Tél fixe : ..... Tél portable : .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

### Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à venir récupérer l'enfant (autre que le responsable légal) :

Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

Les enfants âgés de **plus de 8 ans** peuvent repartir seuls ou avec un frère ou une sœur mineur(e) plus âgé(e) à la fin de l'accueil périscolaire ou extrascolaire à condition que **le responsable légal signe une décharge (document à compléter disponible en mairie déléguée, ou sur papier libre) et la transmette à la mairie déléguée.**

• **Renseignements médicaux concernant l'enfant (à remplir avec le carnet de santé)**

>> **Vaccination :**

L'enfant est-il à jour dans sa vaccination ?  Oui  Non

Vaccins effectués (cochez la ou les cases) :

Diphtérie  Tétanos  Poliomyélite  BCG  Hépatite B  Rubéole-Oreillons-Rougeole

Coqueluche  Autre(s) : .....

>> **Allergies validées par un avis médical :**

Asthme  Oui  Non Médicamenteuses  Oui  Non

Alimentaires  Oui  Non Autre(s) : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

>> **Maladies :**

L'enfant a-t-il un traitement médical pour une maladie chronique :  Oui  Non

Si oui, lequel ? : .....

L'enfant a-t-il eu des difficultés de santé qu'il serait utile de connaître (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

• **Recommandations utiles**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Précisez : .....

Autres recommandations : .....

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur), .....,

responsable légal de l'enfant (nom, prénom), .....,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à faire pratiquer toutes les interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs, à rembourser le montant des frais médicaux.

- atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services utilisés et les accepte totalement et inconditionnellement.

J'autorise  Je n'autorise pas

l'exploitation et l'utilisation de l'image de mon enfant par la Commune déléguée de Combrée sous toutes formes et tous supports de communication connus et inconnus à ce jour sans aucune limitation pour une durée illimitée, intégralement ou par extrait.

Date :

Signature du responsable légal

précédée de la mention « Lu et approuvé » :