

Service Enfance

Hôtel de Ville
Parc Georges Spénale
81370 St Sulpice
☎ 05 63 40 26 21

AUTORISATION PARENTALE

ANNEE : 2019 / 2020

(Partie remplie par l'administration)

N° foyer :	P : <input type="checkbox"/>
N° enfant :	GED: <input type="checkbox"/>

H. MATISSE ☎ 05.63.33.79.52 L. PAULIN ☎ 05 63 40 06 70 M. PAGNOL ☎ 05 63 40 09 40 **ENFANT :**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

Noms et Prénoms des Frères et sœurs	Date de naissance	Etablissement fréquenté

SEXE : MASCULIN FEMININ

Garde de l'enfant de parents séparés :

Mère Père Alternée **RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT**Célibataire Divorcé(e)Séparé(e) Marié(e)Pacsé(e) Union libre Veuf (veuve) **Mère** : NOM de jeune fille :Autorité parentale : Oui Non

NOM marital

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Personnel ☎ Portable: ☎ Travail : Employeur :

Père :Autorité parentale : Oui Non

NOM

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Personnel ☎ Portable: ☎ Travail : Employeur :

ADRESSE MAIL :@.....

ADRESSE DE FACTURATION :

Code postal : Ville :

AUTORISATIONS :**Autorisation de partir seul de la structure périscolaire (uniquement à partir du CP) OUI NON** **Personne habilitée à venir chercher l'enfant : (hors autorités parentales)**

Nom et Prénom : ☎ Personnel :

Nom et Prénom : ☎ Personnel :

Nom et Prénom : ☎ Personnel :

Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom et Prénom : ☎ Personnel :

Nom et Prénom : ☎ Personnel :

Personne non autorisée à récupérer l'enfant :

.....



Tournez la page S.V.P.

INFORMATIONS MEDICALES ET SOCIALES :

N° Allocataire CAF (Département) : Autre organisme :

Nom du Médecin de famille : Ville ☎ :

Assurance : Nom compagnie..... N° Police

Observations particulières (traitement médical, allergies, baignade, énurésie, lunettes, appareil dentaire...)

.....

Régime alimentaire particulier oui non **si oui lequel :****Santé :** Mon enfant a déjà eu : **la rubéole** oui non, **la varicelle** oui non, **des angines** oui non, **la scarlatine** oui non, **des otites** oui non, **la coqueluche** oui non, **la rougeole** oui non, **les oreillons** oui non, **des rhumatismes articulaires** oui non**Note :*** Aucun médicament ne pourra être pris sans **ordonnance** et **accord écrit des parents** (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice) et donner aux responsables du périscolaire.* Aucune allergie ou handicap ne peut être pris en compte sans **le dossier P.A.I** (Plan d'Accueil Individualisé).

Pour la mise en place de ce dossier : prendre contact avec le chef d'établissement scolaire fréquenté par votre enfant

PERISCOLAIRE ET RESTAURATION**Réservations obligatoires pour toutes les activités périscolaires et restauration auprès des responsables périscolaires de l'école d'affectation de votre enfant.**

- J'autorise mon enfant à participer aux activités périscolaires du service enfance et, à utiliser les moyens de transport mis à disposition par la commune pour effectuer les différentes activités.
- J'autorise les services de la Mairie à prendre des photographies de mon enfant qui pourront être utilisées uniquement pour les actions de communication aux périscolaires (site internet, facebook, presse, bulletin municipal).
- J'autorise le responsable de la structure périscolaire à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur l'autorisation parentale et m'engage à prévenir le service enfance de tout changement éventuel.

Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et à la restauration scolaire consultable en ligne sur le kiosque famille conforme à la délibération du conseil municipal, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Fait à : le : SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :

A remettre au Service Enfance***Pour toutes modifications, s'adresser uniquement au Service Enfance***