



AUTORISATION PARENTALE

ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

École L. Paulin • Tél. : 05 63 40 06 70 École M. Pagnol • Tél. : 05 63 40 09 40 École H. Matisse • Tél. : 05 63 33 79 52

Partie réservée à l'administration

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

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____/_____/_____ Sexe : Féminin Masculin

Garde de l'enfant de parents séparés : Mère Père Garde alternée

Prénom + Nom frère/soeur	date de naissance	Établissement fréquenté

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Célibataire Divorcé.e / Séparé.e Marié.e / Pacsé.e Union libre Veuf/veuve

Mère : Nom de jeune fille : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____ Autorité parentale : Oui Non

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Port. : _____

Tél. pro : _____ Employeur : _____

Père : Nom : _____

Prénom : _____ Autorité parentale : Oui Non

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Port. : _____

Tél. pro : _____ 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(s) habilitée(s) à venir chercher l'enfant (*hors autorités parentales*) :

Nom et prénom : _____ Tél. : _____

Nom et prénom : _____ Tél. : _____

Nom et prénom : _____ Tél. : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____ Tél. : _____

Nom et prénom : _____ Tél. : _____

Personne(s) non autorisée(s) à récupérer l'enfant :

INFORMATIONS MÉDICALES ET SOCIALES

N° Allocataire CAF (département) : _____

Autre organisme : _____

Médecin de famille : _____ Ville : _____

Compagnie assurance : _____ Police n° : _____

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

Régime alimentaire particulier non oui lequel : _____

Santé : mon enfant a déjà eu : la rubéole, la varicelle des angines la scarlatine des otites la coqueluche la rougeole les oreillons des rhumatismes articulaires

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

PÉRISCOLAIRE 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 légal

À remettre au Service enfance et réussite éducativa
POUR TOUTES MODIFICATIONS, S'ADRESSER UNIQUEMENT AU SERVICE.