

ACCUEIL PERISCOLAIRE – ACCUEILS DE LOISIRS DES MERCREDIS ET PETITES VACANCES

ENFANT

NOM Prénom Sexe :
Ecole fréquentée : Classe : Age
Accueil du mercredi : Date et lieu de naissance :

REPRESENTANT LEGAL

NOM-Prénom :
Adresse :
CP : VILLE :
Tél. : Portable :
Tél : Portable :
Email :
N° sécurité sociale: N° allocataire CAF:

PERE :

NOM- Prénom : Tél. : /
Profession : Coordonnées de l'employeur

MERE :

NOM - Prénom : Tél. : /
Profession : Coordonnées de l'employeur :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom : Lien de parenté : Tél :
NOM Prénom : Lien de parenté : Tél :
NOM Prénom : Lien de parenté : Tél :

PERSONNES AUTORISES A REPREDRE L'ENFANT

NOM Prénom : Lien de parenté : Tél :
NOM Prénom : Lien de parenté : Tél :
NOM Prénom : Lien de parenté : Tél :
NOM Prénom : Lien de parenté : Tél :

L'enfant est autorisé à rentrer seul au-dessus de 10 ans OUI NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : Tél :

Coordonnées :

Vaccin obligatoire : DT Polio Dernier rappel :

Vaccins recommandés : ROR Dernier rappel :

BCG Dernier test :

Hépatite B Dernier rappel :

Méningite Dernier rappel :

Joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé.

Maladies :

Angines Asthme Coqueluche Oreillons Otites Rougeole
 Rubéole Scarlatine Varicelle

Votre enfant a-t-il des réactions allergiques (médicamenteuses, alimentaires) ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux (épilepsie, diabète, asthme...) susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (dates, précautions à prendre) ?

.....

.....

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON Si oui, le quel ?

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, appareils dentaires, handicap)

.....

.....

.....

Je certifie exact les renseignements mentionnés ci-dessus.

A, Le Signature

ATTESTATION D'ASSURANCE

Je soussigné(e), déclare avoir souscrit une assurance "Responsabilité Civile" ou extra scolaire pour mon enfant. (**Fournir une attestation d'assurance en cours de validité**)

A, Le Signature

DEMANDE DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), (nom et prénom), père,mère ou représentant légal (rayer la ou les mentions inutiles) de (nom et prénom de l'enfant mineur) déclare céder à titre gracieux les droits sur l'utilisation de l'image (photos et vidéos) de l'enfant susnommé à la Ville de Saint-Malo et au Centre Communal d'Action Sociale dans les conditions suivantes :

1°) Opérations publicitaires de promotion des activités organisées par la Ville de Saint Malo et le Centre Communal d'Action Sociale (tracts, affiches, annonces de presse, Saint-Malo Magazine...).

2°) Ces supports de communication sont diffusés exclusivement sur le territoire français.

A, Le Signature, précédée de la mention « Lu et Approuvé »