



# FICHE ENFANT SCOLARISE

## ANNÉE 2018/2019

PHOTO  
(facultatif)

NOM | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Prénom | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Né(e) le | \_ | \_ | / | \_ | \_ | / | \_ | \_ | \_ | \_ | Age | \_ | \_ | ans Sexe  F  G

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS MEDICALES

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ ① : \_\_\_\_\_

Votre enfant suit un traitement :  oui  non

Votre enfant a une allergie :  oui  non

Votre enfant suit un régime alimentaire :  oui  non

Autres éléments qu'il vous semble important de mentionner :

### PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES PAS JOIGNABLE

#### Personne n°1

NOM et prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

① domicile :

① portable :

① travail :

#### Personne n°2

NOM et prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

① domicile :

① portable :

① travail :

### INTERVENTION DES SECOURS

Je soussigné(e)/nous soussignés, Monsieur et/ou Madame \_\_\_\_\_

Responsable(s) légal(aux) disposant de l'autorité parentale de l'enfant \_\_\_\_\_

- Autorise (ons) le personnel du Pôle Enfance Jeunesse Éducation à contacter un médecin ou les secours d'urgence en cas d'accident survenant à mon enfant ;
- Autorise (ons) l'anesthésie de mon/mes enfants, au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Nom et Prénom :

Signature du père :

Nom et Prénom :

Signature de la mère :

## PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE EN CHARGE MON ENFANT

Seules les personnes ayant **14 ans révolus\*** sont autorisées à prendre en charge les enfants.

Je soussigné(e)/nous soussignés, Monsieur et/ou Madame \_\_\_\_\_

Autorise (ons) les personnes nommées ci-dessous à prendre en charge mon enfant.

Nom   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	Prénom   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _
① Fixe :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	① Portable :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _
Nom   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	Prénom   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _
① Fixe :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	① Portable :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _
Nom   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	Prénom   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _
① Fixe :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	① Portable :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _
Nom   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	Prénom   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _
① Fixe :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	① Portable :   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _

En aucun cas le personnel ne remettra l'enfant à une personne non inscrite sur cette liste. Le personnel pourra demander une pièce d'identité à la personne.

## AUTORISATION PARENTALE

### J'autorise

Le départ **seul** de mon enfant, **à partir de 10 ans\***, :

des temps périscolaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
de l'Accueil de Loisirs Ty Colo	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
de la Maison de la Jeunesse.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

- mon enfant à être maquillé dans le cadre des animations.
- mon enfant à participer à la piscine.
- la prise et la diffusion de l'image de mon enfant sur les supports de communication de la Ville pour une durée de 5 ans.

\* dérogation possible (joindre le document au dossier)

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

**Nom et prénom:**

**Nom et prénom:**

**Signature du père :**

**Signature de la mère :**