

A remettre impérativement au directeur de l'école avant le 5/09.

Enfant :

NOM.....PRENOM.....Date de naissance/...../.....
Ecole fréquentée :..... Classe de.....

Nom de l'allocataire CAF :n° CAF :

Responsable(s) légal(aux) :

En qualité de : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Organisme	En qualité de : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Organisme
Nom : Prénom	Nom : Prénom
Autorité parentale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autorité parentale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Profession :	Profession :
Situation de famille	Situation de famille
Adresse	Adresse (si différente).....
.....Code postalCode postal
Commune	Commune
Tél. domicile / / / /	Tél. domicile / / / /
Tél. portable..... / / / /	Tél. portable..... / / / /
Téléphone travail / / / /	Téléphone travail / / / /
Mail@.....	Mail.....@.....

Autres personnes (de plus de 16 ans) habilitées à prendre l'enfant à l'issue des TAP ou en garderie périscolaires ou à contacter en cas d'urgence

- Nom : Prénom.....
Adresse :.....
Téléphone 1 : / / / / Téléphone 2 : / / / /
- Nom : Prénom.....
Adresse :.....
Téléphone 1 : / / / / Téléphone 2 : / / / /

* 2 personnes susceptibles d'être jointes à partir de 18h30 doivent impérativement être indiquées.

Médecin traitant :

Nom Prénom :
Adresse :Téléphone : / / / /

Renseignements médicaux :

Vaccinations : Antitétanique (date dernier rappel) / /

BCG (date) : / /

Maladies Infantiles contractées : Varicelle Coqueluche Rougeole Oreillons Scarlatine Rubéole

Observations diverses (rayer la mention inutile) : Allergies – Difficultés d’audition – Appareil dentaire – Souffle au cœur – Asthme – Appendicectomie

Autres, précisez :

.....
Traitement en cours :

La situation de votre enfant nécessite-t-elle un PAI **Projet d’accueil individualisé** ? oui non

Est-il **allergique** à certains aliments ? oui non Si oui, lesquels :

Dans ce cas, un certificat médical circonstancié, devra être remis au service de restauration scolaire.

Bénéficie-t-il d’un suivi paramédical et médical (orthophoniste, orthoptiste, psychologue...) ? oui non

Si oui, tout rendez-vous sur les temps périscolaires que l’enfant fréquente devra être signalé aux responsables des accueils périscolaires par un document médical indiquant la nature du suivi ainsi que les horaires de départ et de retour de l’enfant dans l’établissement périscolaire (si besoin).

Je, soussigné(e/s) responsable(s) légal(aux) de l’enfant (Nom Prénom).....

- **Autorise(nt) la Communauté de Communes à prendre le cas échéant toute les mesures rendues nécessaires par l’état de santé de mon enfant (hospitalisation...).**
- **Certifie(nt) que mon enfant est assuré individuellement pour les activités périscolaires.**
- **Déclare(nt) avoir pris connaissance et accepter les règlements des services périscolaires de la Communauté de Communes Brenne – Val de Creuse (garderie, restauration scolaire et Temps d’activités périscolaires).**
Les règlements sont téléchargeables sur le site www.cc-brennevaldecreuse.fr/
- **Autorise(nt) mon enfant (enfant scolarisé en élémentaire uniquement) à quitter seul l’école après les Temps d’activités périscolaires.** Oui Non
- **Autorise(nt) la Communauté de Communes à prendre en photo mon enfant dans le cadre des services périscolaires et à utiliser ces photographies dans les différentes publications de la Communauté de Communes.** Oui Non
- **Autorise(nt) la Communauté de Communes à utiliser mon (notre) adresse mail à des fins d’information sur le fonctionnement des services périscolaires et de promotion des actions culturelles et de loisirs de la Communauté de Communes.** Oui Non

Fait le/...../..... à

Signature du représentant légal (ou des représentants légaux) :