

Nom prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____		Ecole/ Classe : _____ Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
Représentant 1 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : _____ (Payeur)		Représentant 2 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : _____ (ne pas remplir les champs identiques au représentant 1)	
Nom Prénom : _____ Adresse : _____ _____		Nom Prénom : _____ Adresse : _____ _____	
Téléphone domicile : __ / __ / __ / __ / __		Téléphone domicile : __ / __ / __ / __ / __	
Téléphone portable : __ / __ / __ / __ / __		Téléphone portable : __ / __ / __ / __ / __	
Adresse Internet : _____@_____		Adresse Internet : _____@_____	
Profession (facultatif) : _____		Profession (facultatif) : _____	
Employeur : _____		Employeur : _____	
Adresse du lieu de travail : _____		Adresse du lieu de travail : _____	
_____		_____	
Téléphone travail : __ / __ / __ / __ / __		Téléphone travail : __ / __ / __ / __ / __	
<i>Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents) : 3 au maximum et 1 au minimum</i>			
Nom prénom :	Lien avec l'enfant	Téléphone fixe	Téléphone mobile
<i>Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents) : 3 au maximum et 1 au minimum</i>			
Nom prénom :	Lien avec l'enfant	Téléphone fixe	Téléphone mobile
<i>Données sanitaires et assurances</i>			
<input type="checkbox"/> « Je consens au traitement des données de santé »			
<i>Médecin et hospitalisation :</i> Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : __ / __ / __ / __ / __		<i>Nom Assurance civile :</i> N° de contrat : _____ Date de contrat : _____	
<i>Vaccins : Joindre copie du carnet de santé</i>		Régime Allocataire : _____ N° allocataire : _____	
Observations : _____ _____		<i>Allergies</i> <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Autre Préciser le nom du produit ou de l'aliment : _____ _____	
		<i>Habitude alimentaire :</i> _____ _____ _____	
		<i>Maladies :</i> <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Autres : _____ _____	

*Précisez les conduites à tenir en cas d'allergie :*

-----  
-----  
-----  
-----

*Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :*

-----  
-----  
-----  
-----

*Recommandation utile des parents*

*Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...*

-----  
-----  
-----  
-----

---

Je soussigné(e)  M  Mme \_\_\_\_\_ autorise :

- Mon enfant à rentrer seul après les activités : avant 19 h  OUI  NON  
après 19 h  OUI  NON
- Mon enfant à être photographié, filmé et les services municipaux à utiliser ces supports dans le cadre de publications municipales (lettre du maire, Info Theix, plaquettes et supports de communication municipaux).  
 OUI  NON
- Les services municipaux encadrant mon enfant à prendre les mesures d'urgence nécessaire,
- Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toutes modifications (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale...),
- Et atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs qui régissent le fonctionnement des services dans lesquels j'inscris mon enfant.

---

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :