

Nom prénom de l'enfant : Né(e) le : _____ à : _____		Ecole/ Classe : Masculin ☐ Féminin ☐	
Représentant 1 Père ☐ Mère ☐ Autre : _ _ _ _ _ (Payeur)		Représentant 2 Père ☐ Mère ☐ Autre : _ _ _ _ _ (ne pas remplir les champs identiques au représentant 1)	
Nom Prénom : _ _ _ _ _ Né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _ à : _ _ _ _ _ Adresse : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Téléphone domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Téléphone portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Adresse Internet : _ _ _ _ _ @ _ _ _ _ _		Nom Prénom : _ _ _ _ _ Né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _ à : _ _ _ _ _ Adresse : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Téléphone domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Téléphone portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Adresse Internet : _ _ _ _ _ @ _ _ _ _ _	
Profession (facultatif) : _ _ _ _ _ Employeur : _ _ _ _ _ Adresse du lieu de travail : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Téléphone travail : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _		Profession (facultatif) : _ _ _ _ _ Employeur : _ _ _ _ _ Adresse du lieu de travail : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Téléphone travail : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	
Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents) : 3 au maximum et 1 au minimum			
Nom prénom :	Lien avec l'enfant	Téléphone fixe	Téléphone mobile
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents) : 3 au maximum et 1 au minimum			
Nom prénom :	Lien avec l'enfant	Téléphone fixe	Téléphone mobile
Données sanitaires et assurances Les données de santé renseignées sont traitées pour assurer la sécurité et l'accueil adapté de votre enfant, dans le cadre de la mission de service public de la commune.			
Médecin et hospitalisation : Nom du médecin traitant : _ _ _ _ _ Téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _		Nom Assurance civile : N° de contrat : Date de contrat :	
Vaccins : Joindre copie du carnet de santé		Régime Allocataire : N° allocataire :	
Observations :		Allergies ☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autre Préciser le nom du produit ou de l'aliment : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
		Habitude alimentaire : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
		Maladies : ☐ Asthme ☐ 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). Cette autorisation couvre également la diffusion sur le site internet et les réseaux sociaux officiels de la commune (Facebook, Instagram, Mon Village, ...).
☐ 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 :