

## IDENTITE & COORDONNEES DE L'ENFANT

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Adresse : \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire fréquenté : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## COORDONNEES DU/DES RESPONSABLES LEGAUX

Père \_\_\_\_\_  Mère \_\_\_\_\_

☎ portable père : \_\_\_\_\_ ☎ portable mère : \_\_\_\_\_

☎ travail père \_\_\_\_\_ ☎ travail mère \_\_\_\_\_

✉ courriel père : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

✉ courriel mère : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Autres personnes à joindre en cas d'urgence (précisez s'il s'agit de parents, amis, assistante maternelle...)

\_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

## Fiche sanitaire de liaison 2014-2015

Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant.

POIDS : \_\_\_\_\_ TAILLE : \_\_\_\_\_

GROUPE SANGUIN \_\_\_\_\_

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

- BCG  oui  non date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

- DTP  oui  non date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

- Hépatite B  oui  non date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

- Autres (précisez) \_\_\_\_\_

### ALLERGIES

- ASTHME  oui  non - MEDICAMENTEUSES  oui  non - ALIMENTAIRES  oui  non

- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) \_\_\_\_\_

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Commentaires éventuels :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A Cléguérec le ..... / ..... / .....

Signature

Médecin traitant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## L'autorisation Parentale

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant.....,

Autorise :

- Mon enfant à participer aux activités des Temps d'Activités Périscolaires (TAP) chaque mardi et vendredi de 15h00 à 16h30 sur l'année scolaire 2014-2015 sous la responsabilité de l'équipe d'encadrement.

- Le directeur du Temps d'Activités Périscolaires à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et notamment à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou anesthésie décidée par un médecin et m'engage à rembourser les frais engagés le cas échéant.

- J'autorise OUI  NON  la Commune de Cléguérec à prendre ou faire prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées dans le cadre des Temps d'Activités Périscolaires et à les utiliser sur tout support de communication.

- J'autorise OUI  NON  mon enfant à quitter seul le lieu d'atelier à l'issue du Temps d'Activités Périscolaires.

- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en dehors des horaires de Temps d'Activités Périscolaires.

- Je déclare avoir pris connaissance du projet des nouveaux rythmes scolaires et des conditions de réalisation.

**ATTENTION : en cas de non réponse de votre part, nous considérerons que votre enfant ne participera pas aux Temps d'activités Périscolaires mis en place par la commune. L'enfant sera donc sous l'entière responsabilité de ses parents à compter de la fin de l'enseignement scolaire.**

A Cléguérec le ... / ... / ..... « Lu et approuvé » (mention manuscrite)

Signature du responsable légal

DOCUMENT A RENDRE EN MAIRIE AU PLUS TARD LE 28 JUILLET 2014 ou PAR MAIL à [enfancejeunesse@cleguerec.fr](mailto:enfancejeunesse@cleguerec.fr)



## Contrat d'engagement

Document à ramener en mairie  
au plus tard le 28 juillet 2014

*Je, soussigné, ..... m'engage à ce que mon enfant .....inscrit en classe de ..... à l'école Publique / St Joseph (1) de Cléguérec soit présent aux ateliers périscolaires dans lesquels il est inscrit pour l'année scolaire 2014-2015.*

*Je m'engage à expliquer à mon enfant que ces ateliers collectifs doivent se dérouler dans le respect des personnes, du matériel, des locaux, de l'intervenant et des autres enfants.*

Signature du responsable légal

(1) rayer la mention inutile



## Autorisation de publication de photographies

*J'autorise ou je n'autorise pas (1) le service Enfance Jeunesse de Cléguérec à filmer, photographier mon enfant lors des activités et à publier ces images sur les supports de communication et d'information de la commune de Cléguérec (site internet, bulletin municipal...), ainsi qu'à les transmettre à la presse locale. En acceptant je renonce à toute contrepartie financière.*

Signature du responsable légal

(1) rayer la mention inutile