

**ENFANT**

Nom : .....	
Prénom : .....	
Date de naissance : .....	
Lieu de naissance : .....	Sexe : F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
Classe : .....	
Domicile : .....	
Code postal : .....	
Ville : .....	

**PARENTS**

PARENT 1	PARENT 2
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Tél fixe : .....	Tél fixe : .....
Portable : .....	Portable : .....
Adresse mail : .....	Adresse mail : .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Lieu de travail : .....	Lieu de travail : .....
Tél bureau : .....	Tél bureau : .....
Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

N° de sécurité sociale : .....

**Si un seul des parents exerce l'autorité parentale, fournir une copie du jugement.****AUTORISATION**

Nous autorisons **la commune de Tercis les Bains à photographier et ou filmer notre enfant** dans le cadre de la vie scolaire (à l'école, en sortie scolaire, etc...) et hors cadre scolaire (participation à une cérémonie, un spectacle, animation, activité, etc...) **pour paraître dans leurs publications papiers et numériques ainsi que dans les médias écrits ou audiovisuels.**

Oui Non **ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE (Merci de joindre l'attestation)**

RESPONSABILITE CIVILE (obligatoire)	GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE ou DOMMAGE CORPOREL INDIVIDUEL (facultatif)
Préciser organisme et n° de police ..... ..... .....	Préciser organisme et n° de police ..... ..... .....

<b>Médecin traitant</b>	Nom et prénom : ..... Ville : ..... Adresse : ..... Téléphone : .....		
<b>Antécédents médicaux</b>	<p style="text-align:center"><b><u>Allergies :</u></b></p> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Précisez..... ..... <p style="text-align:center"><b><u>Soins spécifiques ou traitement :</u></b></p> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez..... ..... <i>Merci de produire un certificat médical ou un PAI.</i>		<p style="text-align:center"><b><u>Vaccinations</u></b></p> L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date du dernier DT POLIO ..... <i>Fournir une copie du carnet de santé rubrique vaccinations ou un certificat médical</i>
	<p><b>Régime alimentaire</b></p> Précisez si spécificités ..... .....		
<b>Autorisation d'hospitalisation et de soins</b>	Nous soussignés,..... responsables légaux de l'enfant....., autorisons les responsables de la commune à prendre , le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgences <u>seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.</u> <b>Signatures des 2 parents :</b>		

Personnes à prévenir en cas d'urgence (hors parents)	Nom et prénom	Qualité	Coordonnées téléphoniques
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

  

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant	Nom et prénom	Qualité	Coordonnées téléphoniques
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

**Pour l'accueil de loisirs**

Nom de l'allocataire sur lequel est rattaché l'enfant : .....	
<input type="checkbox"/> N° CAF    ou <input type="checkbox"/> N° MSA : .....	Quotient Familial ( octobre 2023) : .....
<b>Merci de joindre l'attestation</b>	

Nous soussignés, ..... responsables légaux de l'enfant ..... , déclarons exacts les renseignements de cette fiche et nous engageons à respecter les règlements intérieurs en vigueur de la cantine scolaire, du périscolaire et de l'accueil de loisirs sur les différentes activités.

Date : \_\_\_\_\_ SIGNATURES DES 2 PARENTS