


Service Éducation Jeunesse

### Responsables Légaux


Ident famille :

<b>Responsable 1</b>		
Nom : _____	Prénom : _____	
Adresse : _____	CP Ville : _____	
Tél. fixe : _____	GSM : _____	Mail : _____
Sit. fam : _____	Profession : _____	Employeur : _____
Famille d'accueil : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		N° CAF : _____

<b>Responsable 2</b>		
Nom : _____	Prénom : _____	
Adresse : _____	CP Ville : _____	
Tél. fixe : _____	GSM : _____	Mail : _____
Sit. fam : _____	Profession : _____	Employeur : _____
Famille d'accueil : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		


### Enfant 1

Ident enfant :


Nom : _____	Prénoms : _____	
Né(e) le : _____	Lieu de naiss : _____	
Adresse : <input type="checkbox"/> Resp 1 <input type="checkbox"/> Resp 2	Garde partagée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023 → École :  Niveau Scol. :**

### Personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant (autre que les parents)

1 - Nom Prénoms : _____	Lien avec l'enfant : _____	
Autorisés à prendre l'enfant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Téléphone : _____	
2 - Nom Prénoms : _____	Lien avec l'enfant : _____	
Autorisés à prendre l'enfant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Téléphone : _____	

### Santé


Médecin traitant : _____	Téléphone : _____	
Situation de santé nécessitant un aménagement particulier : <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non		

*Certificat médical obligatoire, si oui\*, à préciser → :* \_\_\_\_\_


Antécédents médicaux ou pathologie chronique (diabète, asthme...)
La situation de l'enfant nécessite-t-elle la mise en place d'un P.A. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <small>*P.A.I : Projet d'Accueil Individualisé</small>

Commentaires : \_\_\_\_\_


### Activités : 2022/2023

<b>Restauration</b> : <input type="checkbox"/> demi pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe	
Allergie alimentaire* : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui → → <input style="width: 150px;" type="text"/>	
<small>* certificat médical obligatoire. Si allergie sévère voir P.A.I</small>	
Autre restriction alimentaire : _____	
<b>Garderie matin</b> : <input type="checkbox"/> oui * <input type="checkbox"/> non (déposé 10min avant le début des cours)	
<small>* sous réserve de place disponibles - 45 minutes avant le début des cours</small>	


### Trajet domicile/école/domicile

Transporté (bus, taxi ..) <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	
Par ses propres moyens : <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	
Accompagné des parents : <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	

### Evènements climatiques exceptionnels

Mon enfant est dirigé vers son bus en cas d'évacuation <input type="checkbox"/>	
Mon enfant demeure au sein de l'école jusqu'à mon arrivée <input type="checkbox"/>	
Mon enfant quitte l'école et regagne seul son domicile <input type="checkbox"/>	

### Droit à l'image

J'autorise le service à prendre des photos de mon enfant au cours des activités et à les utiliser sur les supports de communication de la commune. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
--	---

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_  
 Déclare sur l'honneur que les renseignements indiqués sont exacts et je m'engage à signaler tout changement modifiant les informations de cette fiche.

Je m'engage à prendre en charge la participation aux frais de la restauration scolaire de mon enfant demi-pensionnaire.  
 Je déclare avoir pris connaissance, accepte et m'engage à respecter le règlement intérieur des accueils municipaux (garderie périscolaire et restauration scolaire et de la pause méridienne).  
 Je reconnais être informé que : les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la prise en compte des inscriptions. Les destinataires des données demeurent restreintes au service.

Petite-île, le : \_\_\_\_\_ Nom, prénom et signature du responsable légal