MAIRIE DE THEIZÉ

FICHE ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE

2023/2024

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Ecole : ..... Classe : .....

Nom de l'enseignant(e) : .....

Date de naissance : ..... Age de l'enfant : .....

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Inscription pour Garderie ☐ Etude ☐

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable 1	Responsable 2
NOM :	NOM : .....
Prénom :	Prénom : .....
Qualité : Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐	Qualité : Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐
Adresse :	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Tél Dom. :	Tél Dom. : .....
Tél Prof. :	Tél Prof : .....
Tél Mobile :	Tél Mobile : .....
Mail* :	Mail* : .....

Situation parentale : couple ☐ marié, pacsé divorcé ☐ séparé, veuf célibataire ☐

* au moins un courriel obligatoire, pour utilisation du Portail « Cantine de France »

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS : L'enfant est à jour de ses vaccinations ? ☐ OUI ☐ NON

Joindre photocopie du carnet de vaccinations (ou attestation du médecin).

UN PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) a-t-il été établi ? ☐ OUI ☐ NON (si oui, le joindre)

MEDECIN TRAITANT (nom, adresse, tél.) : .....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : indiquez les difficultés de santé de l'enfant (crises convulsives, asthme, allergies, autres maladies…) et les précautions à prendre :

.....

.....

RECOMMANDATION DES PARENTS : aucun traitement ne peut être administré à l'enfant (sauf en cas de PAI)

.....

dont régime alimentaire : .....

N° Sécu : .....

Centre payeur : .....

ASSURANCE

Compagnie d'assurance (nom et adresse) : .....

..... N° police : .....

AUTORISATIONS PARENTALES DIVERSES

Je soussigné(e) .....

Représentant légal de mon enfant .....

□ Autorise mon enfant âgé de plus de 6 ans à quitter seul l'activité périscolaire (garderie, étude), après avoir signalé son départ auprès du responsable ou de l'animateur.

et/ou □ N'autorise pas mon enfant à quitter seul(e) l'activité périscolaire.

Dans ce cas, la ou les personne(s) habilitée(s) à venir le (la) chercher est (sont) :

□NOM et Prénom :	□Qualité :	□Téléphone :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) .....

Représentant légal de mon enfant.....

autorise la Municipalité de THEIZÉ à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies /films prises dans le cadre de la présente.

Les photographies /films pourront être exploités et utilisés directement par la Municipalité de THEIZÉ

□ Presse locale □Exposition locale □ Projection publique locale

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies /films susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies/films, objets de la présente, dans tous supports à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

En conséquence de quoi, je me reconnais être entièrement rempli(e) de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que je ne suis pas lié(e) par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

□ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

□ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

□ Déclare mon enfant apte à participer aux activités : sportives, culturelles, manuelles...

□ M'engage à signaler toute modification notamment sur l'état de santé de mon enfant.

□ Autorise l'animateur à prendre le cas échéant toute les mesures (hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

□ Autorise la production et représentation de photographies/films pour mon enfant, conformément au droit à l'image susmentionné.

Signature(s) du (des) représentant(s) légal (légaux) :

.....

□ Règlement intérieur

□ Attestation assurance scolaire et périscolaire

□ PAI (fiche spécifique) et copie de l'ordonnance du médecin
pour les enfants nécessitant un traitement médical spécifique ou sujets aux allergies

□ Vaccins (copie du carnet de santé) ou certificat médical du médecin : vaccins à jour

□ Dossier financier, à retourner rempli et signé, si le paiement par prélèvement est souhaité