

AUTORISATION PARENTALE

Les parents sont priés de venir chercher leur(s) enfant(s) ou bien de le(s) faire récupérer par une ou d'autre(s) personne(s), âgé(es) **d'au moins 11 ans** (pour l'accueil périscolaire), dont le(s) nom(s) est (sont) communiqué(s) au personnel d'encadrement.

Il est impératif que les familles respectent l'horaire défini

Je soussigné(e)

AUTORISE M ou Mme.....

Adresse

N° de téléphone.....

AUTORISE M ou Mme.....

Adresse

N° de téléphone.....

AUTORISE M ou Mme.....

Adresse

N° de téléphone.....

AUTORISE M ou Mme.....

Adresse

N° de téléphone.....

A venir chercher mon enfant : Nom prénom

J'autorise la Mairie de Barraux à utiliser l'image de mon enfant (photographies, vidéos...) pour illustrer les publications de la commune (Petit Barrolin, site internet, journal interne, plaquette d'informations de l'espace jeunes, Dauphiné Libéré ...)

J'autorise les intervenants extérieurs à utiliser l'image de mon enfant (photographies, vidéos ...) pour illustrer leurs publications professionnelles (plaquette de présentation, site internet ...).

J'autorise mon enfant à utiliser les transports (car, minibus, voiture communale, transports en commun) pour les sorties extérieures.

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après l'étude surveillée.

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs (mercredis et vacances scolaires)

Toute inscription aux services vaut acceptation des règlements intérieurs

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE

ENFANT : GARÇON FILLE

NOM : **PRÉNOM :**

DATE DE NAISSANCE : **ÂGE (à l'inscription) :**

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE SI LES PARENTS SONT INJOIGNABLE :

NOM PRENOM :

TELEPHONES :

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
Poliomyélite Ou DTP		Coqueluche BCG	
Ou Tétracoq		autre	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(Médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES :

ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MÉDICAMENTEUSE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	AUTRES
---	--	---	-----------------

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR
(Si auto-médicamentation, le signaler) :
