

ECOLE : Maternelle Élémentaire

NOM PRÉNOM DE L'ENFANT :

Adresse :

Date de naissance : / /

Nom et prénom représentant légal 1 :

Nom et prénom représentant légal 2 :

Email :

Email :

Téléphone représentant légal 1		Téléphone représentant légal 2	
Domicile		Domicile	
Portable		Portable	
Travail		Travail	

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

JOINDRE IMPERATIVEMENT une copie du carnet de vaccination ou une attestation vaccinale SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

N° de sécurité sociale :

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

Allergies : L'enfant a-t-il déjà eu des allergies ?

Asthme OUI NON Alimentaire OUI NON Médicamenteuse OUI NON

Autre (préciser) :

Si oui, un PAI a-t-il été mis en place ? OUI NON

L'enfant à-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 ARTICULAIRE AIGÛ <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	

Autres difficultés de santé (accident, rééducations...)

Renseignements utiles (port de lunettes...)

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné.e :

Agissant en qualité de

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des prestations périscolaires et accueils de loisirs.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités des accueils de loisirs.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation. m'engage à payer les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuelle
- **Autorise mon enfant à partir seul** : OUI àheure(s)
 NON (Attention réservé aux élémentaires)
- Autorise les personnes suivantes à chercher mon enfant :

NOM Prénom :

Qualité (oncle, nounou...)

Tél :

NOM Prénom :

Qualité (oncle, nounou...)

Tél :

NOM Prénom :

Qualité (oncle, nounou...)

Tél :

NOM Prénom :

Qualité (oncle, nounou...)

Tél :

Fait à le.....

Signature

DEMANDE D'AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE MINEURE

Je soussigné.e,

représentant.e légal.e de l'enfant

autorise la Ville de Bagneux, sise 57 avenue Henri Ravera – 92220 Bagneux, à publier, sans contrepartie financière, des photographies ou des vidéos représentant cet enfant réalisées pendant l'année scolaire 2023-2024 dans le cadre des accueils de loisirs.

Les photographies, images et vidéos susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur tous les supports, notamment :

- Magazine municipal de Bagneux
- Brochures et affiches d'information municipale
- Site internet de la Ville de Bagneux
- Réseaux sociaux de la Ville de Bagneux (Facebook, Twitter, Instagram)

La Ville de Bagneux pourra faire tout usage de ces photographies, images ou vidéos, dans les limites précitées et à l'exclusion d'un usage commercial.

La présente autorisation est consentie pour le monde entier et sans limite de temps.

Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des photographies, images et vidéos ne devront pas porter atteinte à la réputation, à la vie privée et à l'intégrité de la personne représentée.

Fait à....., le

Signature