

Enfant

Nom : Prénom : Né(e) le ___ / ___ / _____

Sexe : M – F **Ecole** : Classe rentrée:.....

Transports

Votre enfant prend les transports scolaires : OUI NON

Commune de départ (domicile) :

Commune d'arrivée (école) :

Activités

Merci de cocher les cases correspondant à vos besoins et d'entourer le choix du repas si nécessaire :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Garderie matin				
Restauration				
Garderie soir				
Péri + (primaire)				
Repas spécifiques :	Sans viande	Sans porc	PAI (documents à fournir)*	

Est-ce que mon enfant mangera à la restauration scolaire la semaine de la rentrée : OUI NON

Jeudi 2 Septembre Vendredi 3 Septembre

Pour les plannings réguliers, remplir le tableau ci-dessus.

Pour les plannings irréguliers, un document type mensuel est à votre disposition à l'accueil de la maison de la communauté, auprès du référent école ou sur le site internet : www.epernay-agglo.fr

Renseignements médicaux :

(fournir la photocopie des pages du carnet de santé relative aux vaccins ainsi que la fiche CERFA jointe)

Médecin traitant :

Téléphone :

Lieu d'hospitalisation souhaité (dans la mesure du possible).....

Allergie(s) alimentaire(s) Non Oui, précisez :

Allergie(s) médicamenteuse(s) Non Oui, précisez :

Allergie(s) autre(s) Non Oui, précisez :

*Projet d'Accueil Individualisé Non Oui, l'enfant a un PAI (fournir le dossier fait en liaison avec le médecin scolaire)

Contre-indication médicale Non Oui, précisez (sous réserve d'un avis médical).....

Observation (lunettes, prothèses....) :

**Autres contact(s) autorisé(s)
(à venir chercher l'enfant et à être prévenu en cas d'urgence : personne majeure obligatoirement)**

	Contact 1	Contact 2	Contact 3
NOM			
Prénom			
Lien avec l'enfant			
Téléphone			
Portable			

Autorisations parentales

J'autorise mon enfant à sortir seul(e) des activités mises en place (garderie). Mon enfant sortira seul(e) à la fin de l'activité, j'assume pleinement la responsabilité de cette demande et décharge la Communauté d'agglomération de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

J'autorise la Communauté d'agglomération à prendre des photos ou faire des films de mon enfant dans le cadre des activités mises en place, en vue de la réalisation de brochures, dépliants et expositions et diffusion sur le site internet et le journal de la communauté d'agglomération sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

J'autorise le personnel de l'agglomération à faire le nécessaire en cas d'urgence. Et J'autorise tout personnel médical à effectuer les soins nécessités par l'état de santé de mon enfant, y compris une intervention chirurgicale, et à le transporter dans un véhicule de secours. Je m'engage, en cas d'hospitalisation, à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, frais médicaux et d'opérations éventuels.

J'accepte de recevoir mes factures uniquement par e-mail sur cette adresse :

.....

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service scolaire (référént périscolaire) de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale...).

Je reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des enfants.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des différents services périscolaires.

Pour toutes modifications de cantine, périscolaire merci de vous adresser directement aux référents écoles ou à l'accueil de la maison de la communauté situé 10 rue des loriots à Vertus Blancs Coteaux au 03.26.52.13.54 au moins une semaine avant et au plus tard 48h avant.

Date :

Signature :