

DOSSIER PERISCOLAIRE DE L'ENFANT 2020/2021

Nom : Prénom : de l'enfant
 Né(e) le / / à Sexe : Féminin Masculin
 École : Classe :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Parent 1 (destinataire de documents éventuels)	Parent 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse : (si différente du parent 1)
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone mobile :	Téléphone mobile :
E-mail :	E-mail :

Situation familiale

Célibataire Vie maritale Marié Pacsé Séparé/ divorcé Veuf

Personnes à prévenir en cas d'urgence (si les responsables légaux ne sont pas joignables) :

Nom et Prénom : Téléphone : Lien de parenté :
 Nom et Prénom : Téléphone : Lien de parenté :

RESTAURATION SCOLAIRE

Type de repas : Viande Poisson

GARDERIE – l'enfant est

- récupéré par une autre personne que les responsables légaux Oui Non

Nom et Prénom : Téléphone : Lien de parenté :

Nom et Prénom : Téléphone : Lien de parenté :

Nom et Prénom : Téléphone : Lien de parenté :

- pour les maternelles, autorisé à partir accompagné de son frère ou de sa sœur Oui Non

Si oui, précisez les noms et prénoms :

- pour les élémentaires, autorisé à partir seul Oui Non

SANTE

Votre enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? Oui Non

Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire ?

Votre enfant a-t-il une autre allergie ?

Autre problème de santé à nous signaler :

DROIT A L'IMAGE

Acceptez-vous que votre enfant soit photographié ou filmé collectivement (de face, de profil ou de dos) durant les temps périscolaires 2020/2021, sur des sites municipaux pour diffusion en format papier ou numérique à savoir, dans la presse écrite, dans une information municipale, sur les sites internet et réseaux sociaux de la Ville d'Annonay ? Oui Non

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant,
 J'atteste qu'il est à jour de ses vaccinations obligatoires,

Je déclare exacts les renseignements mentionnés sur cette fiche et autorise les agents municipaux travaillant sur le site de restauration à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical dans le cadre d'un PAI, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de mon enfant.

Date : Signature :