



Direction de l'éducation
☺ **FICHE DE SECURITE 2020/2021** ☺

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Merci de nous indiquer les services périscolaires auxquels votre enfant est inscrit. | | | | |
| Accueil du matin <input type="checkbox"/> | Restauration <input type="checkbox"/> | Accueil du soir <input type="checkbox"/> | ACM du mercredi <input type="checkbox"/> | ACM Vacances <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---------------------------|---------------------------|----------------|
| ENFANT | | |
| Nom : | Prénom : | |
| Date de naissance : | Lieu de naissance : | Classe : |
| Adresse : | | |
| | | |
| Ecole : | | |

| | |
|--|---------------------------------------|
| PERE DE L'ENFANT | |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) : | |
| | |
| Profession : | Nom et adresse de l'employeur : |
| | |
| Téléphone professionnel : | Téléphone portable : |

| | |
|--|---------------------------------------|
| MERE DE L'ENFANT | |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) : | |
| | |
| Profession : | Nom et adresse de l'employeur : |
| | |
| Téléphone professionnel : | Téléphone portable : |

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents) :

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents) :

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Téléphone :

Maladies : Scarlatine Oreillons Varicelle Coqueluche Rougeole
 Rubéole Otites Angine Asthme

Allergies :

Repas de substitution sans viande

Problème de santé :

OBLIGATOIRE :

VACCINS: joindre photocopies (2 pages) obligatoirement

B.C.G, Méningite, Pneumocoque, Hépatite B, D.T.C.P, R.O.R.

Divers : lunettes appareil dentaire incontinence

Assurance extra-scolaire: oui non

Compagnie d'assurance:.....

Numéro de contrat:.....

AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné(e), agissant en qualité de responsable de l'enfant,
l'autorise à participer à toutes les activités et les sorties pratiquées par les services périscolaires de la ville de Senlis.
J'autorise le personnel d'encadrement à faire donner à mon enfant les soins que son état de santé pourrait nécessiter.
J'autorise également l'équipe d'encadrement, en cas d'urgence, à faire hospitaliser mon enfant.
J'accepte que mon enfant soit pris en photo et en vidéo dans le cadre des activités périscolaires.
Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes.
J'atteste que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à Senlis, le

Signature des parents.

DECHARGE DE RESPONSABILITE

A remplir uniquement si vous désirez autoriser votre enfant à quitter seul les services périscolaires.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant l'autorise à quitter la structure
d'accueil périscolaire de la ville de Senlis et à rentrer seul à son domicile.

Signature.