



ECOLE PUBLIQUE ANNE DE BRETAGNE
ALSH LOCRONAN

ANNEE 2015/2016

(Valable du 02/07/2015 au 31/08/2016)

Cadre réservé à la Mairie

Assurance jusqu'au :

Prélèvement : ☐

QF : ☐

Dossier : ☐

PARENTS :

Père :

Nom et prénom

Adresse

Tél. domicile : Tél. travail mobile

Mail :

Mère :

Nom et prénom

Adresse

Tél. domicile : Tél. travail mobile

Mail :

Enfant :

Nom.....

Prénoms.....

Classe.....

Date de naissance.....

Nombre de frères..... de sœurs :

CANTINE (Ecole Publique Anne de Bretagne)

L'enfant mangera tous les jours à la cantine : ☐ oui ☐ non

L'enfant mangera de façon régulière et selon des jours précis à la cantine :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

L'enfant mangera de façon occasionnelle à la cantine: ☐ oui ☐ non

TAP : Temps d'activités périscolaire (Ecole Publique Anne de Bretagne)

L'enfant ira façon régulière aux TAP : ☐ oui ☐ non

GARDERIE (Ecole Publique Anne de Bretagne)

L'enfant ira tous les jours à la garderie : Matin : ☐ oui ☐ non

Soir : ☐ oui ☐ non

L'enfant ira de façon régulière et selon des jours précis à la garderie :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

L'enfant ira de façon occasionnelle à la garderie: ☐ oui ☐ non

ALSH : Accueil de loisirs sans hébergement (rue Saint-Maurice)

L'enfant fréquentera l'ALSH les mercredis: ☐ oui ☐ non

L'enfant fréquentera l'ALSH les vacances scolaires (camps y compris): ☐ oui ☐ non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant est-il sujet à des maladies particulières ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquelles ? En précisant les dates et les précautions à prendre (épilepsie, asthme, diabète, ...)

.....
.....

L'enfant est-il à jour de ces vaccinations ? (joindre une copie des vaccins) OUI ☐ NON ☐

L'enfant a-t-il des allergies ? (médicamenteuse, alimentaire,...) OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez lesquelles ? (joindre un certificat médical précisant la **cause de l'allergie**, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**).....

.....
.....

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèse dentaire,...) ou autres

.....
.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise les responsables du service périscolaire et/ou ALSH et/ou le représentant de la municipalité dont il dépend, à prendre toutes les mesures médicales en cas d'urgence.

AUTORISATIONS

Droit à l'image

☐ **Autorise** la Mairie à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et représentant mon enfant:

- Pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage;
- Pour la publication sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom de la mairie ;
- Pour la diffusion sur sites internet (ex : site de la ville de Locronan) ;
- Pour présentation en public lors d'une exposition.

☐ **N'autorise pas** la Mairie à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant.

Personne(s) habilitée(s) à venir chercher l'enfant

Nom et prénom de l'adulte	Lien de parenté	Tél domicile et/ou portable

Les parents s'engagent à contracter une police d'assurance et à être joignables aux numéros de téléphone ci-dessus mentionnés pendant les heures de cantine, de garderie et d'ALSH. Et m'engage à respecter le règlement intérieur des services.

Fait à Le.....

Signature du représentant légal

(Précédée de la mention « lu et approuvé, bon pour accord »)