

# Autorisations

## LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Seuls les parents et les personnes expressément désignées ci-dessous sont autorisées à venir chercher l'enfant ou à le prendre en charge à la sortie du bus scolaire.

Nom / prénom : ..... Tél. : .....

Nom / prénom : ..... Tél. : .....

Nom / prénom : ..... Tél. : .....

### AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) : ..... responsable légal de l'enfant, l'autorise

- A quitter seul(e) l'établissement scolaire (**enfants en élémentaire**) au terme :  
Du temps périscolaire  OUI  NON  
et décharge la commune de Saint-Yrieix de toute responsabilité qui pourrait survenir dès la sortie de l'école et déclare renoncer à tout recours à l'encontre de la commune.
- A sortir de l'établissement durant les temps d'ALSH si l'activité programmée le prévoit  OUI  NON
- A emprunter les transports collectifs et le minibus  OUI  NON

### AUTORISATION D'HOSPITALISATION

J'autorise le transport (par les pompiers ou le SAMU) de mon enfant aux urgences - les parents en étant aussitôt informés  OUI  NON

### DROIT À L'IMAGE

J'autorise la collectivité à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités d'ALSH et à diffuser éventuellement ces images sur des supports de communication différents.  OUI  NON

### RENSEIGNEMENTS DIVERS

**CONTRE-INDICATIONS** à la pratique d'une activité sportive  OUI  NON

Si oui, préciser les activités à proscrire : .....

Votre enfant sait-il nager ?  OUI  NON

### ATTESTATION DES PARENTS

Je soussigné(e) : .....

Père  Mère  Responsable légal de l'enfant, atteste :

- De l'exactitude des renseignements et informations indiqués sur la présente fiche (recto/verso)
- Autoriser mon enfant à participer aux activités proposées par la municipalité de Saint-Yrieix sur Charente sur les temps d'ALSH dans le cadre de la législation en vigueur
- Avoir pris connaissance et accepter les règlements intérieurs des ALSH municipaux, de la restauration et du transport.

Fait à : ..... le : .....

**signature des parents ou du responsable légal (précédée de la mention «Lu et approuvé»)**



## Fiche de renseignements

Année scolaire 2018-2019

### RESTAURATION - TRANSPORT SCOLAIRE ALSH (Périscolaire, Centre de loisirs)

**Nom / Prénom de l'enfant :** .....

Né(e) le : ..... Sexe :  Fille  Garçon

Adresse : .....

Ecole / niveau : .....

Nom de l'enseignant : .....

#### Cadre réservé à l'administration :

Groupe d'âge ALSH :  3-4 ans  5-6 ans  6-8 ans  8-10 ans  10-12 ans

**Nom / Prénom de la mère :** .....

Autorité parentale :  OUI  NON (fournir la copie du jugement)

Adresse (si autre que celle de l'enfant) : .....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail : ..... Mail : .....

**Nom / Prénom du père :** .....

Autorité parentale :  OUI  NON (fournir la copie du jugement)

Adresse (si autre que celle de l'enfant) : .....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail : ..... Mail : .....

N° d'allocataire CAF-MSA : .....

#### Pièces à fournir (indépendamment des pièces demandées par l'école) :

- Photocopie d'assurance responsabilité civile et individuelle extra-scolaire
- Justificatif de domicile récent des parents
- Copie du livret de famille
- Si nécessaire, document relatif à l'autorité parentale et à la résidence de l'enfant (jugement, protocole de garde...)
- Copie des vaccinations obligatoires
- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical

# Fiche d'inscriptions

## Restauration scolaire

Tous les jours de classe     Contrat d'intégration de scolarisation

En cas d'allergie alimentaire (sur la base d'un certificat médical), merci de prendre contact avec le directeur de l'école de votre enfant pour la mise en place éventuelle d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

Remarques spécifiques pour les repas : .....

.....

.....

## Transport scolaire

Matin     Soir

**⚠ L'inscription ne sera effective qu'après remise de cette fiche, puis validation et retour du pôle vie éducative territoriale.**

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

**Matin :**

Circuit N° ..... Accompagnatrice : .....

Nom de l'arrêt : .....

**Soir ou mercredi matin :**

Circuit N° ..... Accompagnatrice : .....

Nom de l'arrêt : .....

## Centre de loisirs (mercredis, petites et grandes vacances)

Pour les modalités d'inscription, se référer au guide scolaire.

# Fiche Sanitaire de liaison

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'AUTORISATION

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISMES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### ALLERGIES :

Asthme     Alimentaires     Médicamenteuse     Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

.....

### AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ :

Maladies, accidents, crises convulsives, opérations, hospitalisation ...

Précisez les dates et les précautions à prendre : .....

.....

.....

.....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ...

Précisez : .....

.....

.....

### ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE :

Votre enfant doit être assuré pour les accidents dont il pourrait être auteur ou victime sur les temps T.A.P. et accueil périscolaire.

Compagnie : .....

Tél. .... N° de contrat : .....