

**FICHE ENFANT
PERISCOLAIRES / CANTINE**

2024 – 2025

(Une fiche par enfant)

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

RÉGIME ALIMENTAIRE

Sans porc

Sans viande

ALLERGIE

OUI

NON

Si oui, précisez _____

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES ?

OUI

NON

L'ENFANT A-T-IL UN TRAITEMENT A PRENDRE ?

OUI

NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance du médecin traitant

L'ENFANT FAIT-T-IL L'OBJET D'UN PAI (PLAN D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) ?

OUI

NON

Si oui, merci de prendre contact avec la Mairie (03 83 43 04 48 – nathanael.kopera@dommartin-les-toul.com)

NOM du médecin traitant : _____ Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ Prénom : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lien avec l'enfant _____

NOM : _____ Prénom : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lien avec l'enfant _____

NOM : _____ Prénom : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lien avec l'enfant _____

NOM : _____ Prénom : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lien avec l'enfant _____

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant _____

NOM _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant _____

NOM _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant _____

NOM _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant _____

NOM _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant _____

NOM _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant _____

Toute personne qui n'est pas inscrite dans la liste ci-dessus ne sera pas autorisée à récupérer l'enfant sans autorisation écrite des parents et devra présenter sa pièce d'identité à l'agent en charge du service.

AUTORISATION

- J'autorise l'enfant à quitter seul la garderie du soir (uniquement pour les enfants âgés de plus de 6 ans)
 - o NON OUI Heure de départ autorisé :
- J'accepte que mon enfant soit photographié durant le périscolaire ou la cantine afin d'illustrer tout support de communication et que ces images soient exploitées et diffusées (Bulletin municipaux, Info flash)
 - o NON OUI

Je soussigné (e), NOM _____ Prénom _____, responsable de l'enfant désigné ci-dessus, atteste l'exactitude des informations transmises.

Date : ____ / ____ / ____

Signature