



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022-2023

Activités Périscolaires et Extrascolaires
Garderies-Temps Méridiens-Restoration- Études surveillées-Transports Scolaires-ALSH- Espace Jeunes

Votre enfant Fille Garçon

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom de l'établissement : Choisissez un élément. Classe/Niveau : Choisissez un élément.

Activités : Bus Étude surveillée Garderie Accueil de Loisirs Espace Jeunes Restauration

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Représentant légal 1

Autorité parentale : Oui Non
(Si non, veuillez nous fournir le jugement)

Qualité : Choisissez un élément.

Autres :

NOM :

Prénom :

Situation familiale : Choisissez un élément.

N° Allocataire CAF :

Adresse : E-mail :

Code postal-Ville : -

Tél :

Profession :

Tél professionnel :

J'autorise la diffusion de mon adresse mail aux délégués de parents d'élèves afin de favoriser la communication et les échanges.

Représentant légal 2

Autorité parentale : Oui Non
(Si non, veuillez nous fournir le jugement)

Qualité : Choisissez un élément.

Autres :

NOM :

Prénom :

Situation familiale : Choisissez un élément.

N° Allocataire CAF :

Adresse : E-mail :

Code postal- Ville : -

Tél :

Profession :

Tél professionnel :

J'autorise la diffusion de mon adresse mail aux délégués de parents d'élèves afin de favoriser la communication et les échanges.

Informations santé

Allergies connues : OUI NON

Habitudes Alimentaires : Sans porc

Si OUI précisez :

Recommandations utiles (difficultés de santé, maladie, accident, crise convulsives, rééducation, opération, lunettes, prothèse)

J'autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) nécessaires selon l'état de mon enfant.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? (Protocole d'Accueil Individualisé) Oui Non

MOTIF MÉDICAL : Choisissez un élément.

Autre précisez :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie- Tétanos- Poliomyélite- Coqueluche- Haemophilus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rougeole- Oreillons- Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres vaccins			

Nom et téléphone du médecin traitant :

AUTORISATIONS PARENTALES

Valables du 1^{er} septembre 2022 au 31 Août 2023

**Garderies et Etudes Surveillées pour les
ÉLÉMENTAIRES uniquement**

J'autorise mon enfant à quitter seul les temps de garderies
et d'études surveillées :

- Oui à partir de 17h30
 Oui uniquement à 18h00
 Non jamais

Photographies

J'accepte la prise de vue de mon enfant SEUL ou en
GROUPE par la Mairie de Bouc Bel Air et ses partenaires.
(Possibilité de parution dans la revue Municipale, La
Provence, site de la ville et réseaux sociaux ou autres
supports de communication)

OUI

NON

Accepte que mon enfant participe aux sorties organisées dans le cadre du fonctionnement de l'ALSH et de l'Espace Jeunes et à utiliser les moyens de transports en commun (minibus, train, bus, car, bateau)

(UNIQUEMENT POUR L'ESPACE JEUNES) Autorise mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes à l'issue de la journée d'activités à partir de 17h et décharge la Direction de toute responsabilité quant aux problèmes pouvant survenir lors du trajet de l'enfant jusqu'à son domicile.

Personnes MAJEURES autorisées à récupérer l'enfant

En dehors du(es) responsable(s) légal(aux)

NOM - Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

Fait à Bouc-Bel-Air, le :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

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

Ces informations peuvent être modifiées tout au long de l'année en envoyant un mail
à scolaire@boucbelair.fr