

C – ENFANT

NOM :	Prénom :
Né(e) le :	à :
Ecole :	Niveau scolaire rentrée 2020-2021 :

RESERVATION CHOIX DU FORFAIT (cocher les jours souhaités)

ACCUEIL DU MATIN 7H15 – 8h30			
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESTAURATION SCOLAIRE 11h30 – 13h30			
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si votre enfant a besoin d'une surveillance spécifique, de soins particuliers pendant le temps du repas ou s'il doit suivre un régime alimentaire particulier pour raison médicale, **avertissez le service enfance dans les plus brefs délais***

ACCUEIL DU SOIR 16H30 – 18h00				ACCUEIL DU SOIR 18H00 – 19h00			
lundi	mardi	Jeudi	vendredi	lundi	mardi	Jeudi	vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attention, les accueils ferment à 19h00, merci de respecter les horaires

AUTORISATIONS POUR TOUTES ACTIVITÉS

Nous soussignés (*Nom et Prénom*)

Responsables légaux de l'enfant : (*Nom et Prénom*)

- **Autorisons** la ville d'Ablon-sur-Seine à prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant, et en particulier à faire pratiquer tout examen médical ou chirurgical, et toutes interventions médicales et chirurgicales, y compris avec phase d'anesthésie réanimation, rendus nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- **Autorisons** les services de la ville d'Ablon sur Seine, à reproduire et diffuser les photos de notre enfant prises pour rendre compte et faire connaître les activités de la ville : diffusion sur le site internet, sur supports numériques CD, DVD, à destination des élèves, des familles des élèves et des services de la ville, et dans le cadre d'une utilisation pédagogique.
- **Autorisons** notre enfant à se baigner dans le cadre des activités organisées.
- **Autorisons** notre enfant à rentrer seul

Attestons de l'exactitude des informations portées sur ce dossier et nous engageons à communiquer à la ville d'Ablon-sur-Seine, sans délai, toutes modifications intervenant au cours de l'année scolaire.

Attestons avoir pris connaissance des modalités de préinscriptions décrites dans le présent document.

FAIT À ABLON LE / /

SIGNATURE DES RESPONSABLES LÉGAUX

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**A joindre obligatoirement
une copie du carnet de vaccination (pages vaccins)**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite DTP				Coqueluche	
				La Grippe	
				La Tuberculose	

L'enfant suit-il un **traitement médical régulier** ? Oui Non

Si oui joindre le **PAI signé avec l'école** ainsi que l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines **marquées au nom de l'enfant** avec la notice*).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRES : à préciser

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuse Oui Non
Alimentaire Oui Non Autres :

En cas d'allergie, précisez la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents (difficultés de santé, port de lunette, prothèses auditives.....) :

.....

.....

.....

Votre enfant mange-t-il du porc ? Oui Non

PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM	Prénom	QUALITÉ	TÉLÉPHONE	SMS* (o/n)

PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT (se munir d'une pièce d'identité)

NOM	Prénom	QUALITÉ	TÉLÉPHONE	SMS* (o/n)

* L'accord SMS implique toute communication liée à l'enfant