



AUTORISATIONS ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR (COCHEZ LES CASES)

JE SOUSSIGNÉ(E) :

REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT :

- Autorise le personnel municipal à prendre, en cas d'urgence et si je ne suis pas joignable, les dispositions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention clinique jugées indispensables pour l'état de santé de mon(mes) enfant(s), y compris le faire transporter à l'hôpital le plus proche.
- Autorise mon enfant à sortir du centre de loisirs pour emprunter un transport en présence des animateurs municipaux et participer à des activités d'éveil et de découverte.
- Autorise les services périscolaires de la mairie de Cestas à reproduire ou représenter la ou les photo(s) prise(s) de mon enfant, durant sa présence aux activités périscolaires et extrascolaires. Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la ou les photographie(s) ne devront pas porter atteinte à la réputation ou la vie privée de mon enfant.
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires (disponible sur le site internet de la mairie).
- Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies sont utilisées par le service Education Jeunesse pour la gestion des services scolaires et périscolaires (accueil, restauration et centre de loisirs). Conformément à la Loi Informatique et Libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du Service Education Jeunesse. Fichier déclaré à la CNIL - Avis : 1071682.
- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la fiche d'inscription et la fiche de liaison sanitaire et m'engage à prévenir le service Education Jeunesse de tout changement éventuel (adresse, situation familiale).

SIGNATURE(S) OBLIGATOIRE(S) :

REPRÉSENTANT LEGAL

REPRÉSENTANT LEGAL

Fait à

le



OUVERTURE DES DROITS D'ACCÈS AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

FICHE ENFANT

NOM :		PRÉNOM :	
ÉCOLE FRÉQUENTÉE :		NIVEAU :	

MERCI DE COCHER LES CASES DES SERVICES PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES QUE VOTRE ENFANT PEUT ÊTRE AMENÉ À FREQUENTER AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021 :

RESTAURATION Service disponible les lundis, mardis, jeudis et vendredis sur réservation	ACCUEIL PÉRISCOLAIRE Service disponible le matin et le soir des jours de classe sur réservation	<p><i>Les réservations sont ouvertes par cycle, de vacances à vacances, sur le site internet www.mairie-cestas.fr ou http://cestas.carteplusweb.fr</i></p> <p><i>Les identifiant et mot de passe de votre Compte Famille sont indiqués sur le courrier de confirmation adressé courant août</i></p> <p><i>L'accueil en centre de loisirs (mercredis et vacances scolaires) est possible dans la limite des places disponibles.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CENTRE DE LOISIRS DU MERCREDI Service disponible les mercredis en période scolaire sur réservation	CENTRE DE LOISIRS VACANCES SCOLAIRES Service disponible en période de vacances scolaires du lundi au vendredi sur réservation	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ASSURANCE - Attestation de votre assureur à joindre **IMPÉRATIVEMENT**

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile accident corporel.

Réservé au service
 Education Jeunesse

C+	
AA	
NU	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :		PRÉNOM :	
--------------	--	-----------------	--

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Tout enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie alimentaire devant faire l'objet d'administration de médicaments par les personnels enseignants et/ou communaux doit être signalé au service Education Jeunesse afin de conclure un protocole d'accueil individualisé (PAI) signé entre les parents, la mairie, le directeur de l'école et le médecin scolaire.

Un certificat médical doit être remis au service Education Jeunesse avant la rentrée scolaire.

PAI en cours ? oui non

PAI à prévoir ? oui non

EN CAS DE PAI, MERCI DE FOURNIR UNE PHOTO D'IDENTITÉ DE L'ENFANT

L'enfant suit-il un protocole alimentaire spécifique ?

oui non Si oui, lequel ?

Suit-il un traitement médical particulier ?

oui non Si oui, lequel ?

VACCINATIONS : (FOURNIR LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTÉ)

Anti-tétanique (ou DTPolio ou Tetracoq)
Date du dernier rappel de vaccin

RECOMMANDATIONS DES PARENTS D'ORDRE MÉDICAL

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, etc.... ?

oui non précisez

AUTRES RECOMMANDATIONS D'ORDRE MÉDICAL

MÉDECIN TRAITANT

NOM :		TELEPHONE :	
ADRESSE :			

PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

PERSONNE 1 À CONTACTER EN CAS D'URGENCE oui non

NOM :		PRÉNOM :	
TÉLÉPHONE FIXE :		TÉLÉPHONE PORTABLE :	
LIEN AVEC L'ENFANT :	<input type="checkbox"/> AMI(E)	<input type="checkbox"/> ASSISTANTE MATERNELLE	<input type="checkbox"/> GRANDS-PARENTS <input type="checkbox"/> AUTRE, PRECISEZ :

PERSONNE 2 À CONTACTER EN CAS D'URGENCE oui non

NOM :		PRÉNOM :	
TÉLÉPHONE FIXE :		TÉLÉPHONE PORTABLE :	
LIEN AVEC L'ENFANT :	<input type="checkbox"/> AMI(E)	<input type="checkbox"/> ASSISTANTE MATERNELLE	<input type="checkbox"/> GRANDS-PARENTS <input type="checkbox"/> AUTRE, PRECISEZ :