

## INFORMATIONS UTILES DES PARENTS ou des RESPONSABLES LEGAUX

Nom et Prénom des parents ou responsables légaux \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

### 1- Informations sur la santé

Votre enfant porte t'il des lentilles , des lunettes, de prothèses auditives , des prothèses dentaires , etc. ...etc..

Précisez \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il à jour dans ses vaccinations ? OUI NON

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant \_\_\_\_\_

N° d'allocataire \_\_\_\_\_

CAF \_\_\_\_\_ MSA \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Nom et N° Assurance \_\_\_\_\_

Autorisations parentales ou responsables légaux		
	OUI	NON
J'autorise la commune à utiliser les photos de mon enfant prises pendant les activités des TAPS pour illustrer les documents relatifs à cette activité, article dans le Bulletin Municipal , sur le site de la commune et dans la presse .		
J'autorise mon à participer aux éventuelles sorties proposées par les TAPS .		
J'autorise mon enfant inscrit au cycle 3 à Vauxrenard à partir seul à la fin des TAPS		

Sinon une personne autre que le responsable légal désignée nominativement ci-dessous viendra chercher l'enfant

	NOM	PRENOM	TELEPHONES
1 <sup>er</sup> pers			
2 <sup>ème</sup>			
3 <sup>ème</sup>			

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI ? (à préciser) \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille et autorise les responsables des TAPS à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature du ou des représentant(s) légal / Légaux

Fiche à remplir et à rendre

Merci