

PÉRISCOLAIRE & RESTAURANT SCOLAIRE (Ville) – CENTRE DE LOISIRS (CCHB)

(Un exemplaire par enfant)

ENFANT : Nom et prénom : né(e) le :

INFORMATIONS MÉDICALES :

Médecin traitant Téléphone médecin

Votre enfant a-t-il un problème particulier de santé ? Oui Non

- Votre enfant a-t-il un handicap ? Oui **Joindre une copie de la notification AEEH** Non
- Votre enfant a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) ? Oui **Joindre une copie du PAI** Non

si oui : Alimentaire (allergie, intolérance, etc...) **Panier repas à fournir**

Médical (allergie médicamenteuse, asthme, etc...)

- Votre enfant a-t-il ses vaccins à jour ? Oui Non **Joindre une copie des vaccinations**
 - ◆ Date des dernières vaccinations D.T.P. :
 - ◆ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical récent de contre-indication.

AUTORISATION : Mon enfant peut **rentrer seul** de l'accueil du soir : Non Oui : 17H 18H autre

RESTAURATION : Si votre enfant mange à la cantine : Menu classique Menu sans porc

ASSURANCES : Votre enfant a-t-il une assurance extra-scolaire ?

Responsabilité civile et individuelle : Oui Non - Assureur :

PERISCOLAIRE - ECOLES DE BAGNERES-DE-BIGORRE UNIQUEMENT :

- TRANSPORT SCOLAIRE : Arrivée en bus : Oui Non / Départ en bus : Oui Non
- RÉSERVATIONS RESTAURANT SCOLAIRE : à l'année ou à la période **Joindre la feuille de réservation**

DROIT A L'IMAGE :

- J'autorise l'utilisation de **photos** de mon enfant uniquement pour des supports de communication **de la structure**
Exemple : journal du centre de loisirs, newsletter, etc Oui Non

COMMUNICATION :

- J'autorise l'utilisation par la **structure** de mon adresse **mail** pour communiquer et recevoir des informations
Exemple : relance des réservations des repas, activités pour les familles/enfants, etc Oui Non

CERTIFICATION :

- Je déclare exacts les éléments renseignés et m'engage à signaler tout changement,
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Restaurant Scolaire et/ou du Centre de loisirs, ainsi que le «règlement général de protection des données»
- J'autorise les responsables de structures à prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation)

Nom du signataire : à : le :