

**Service Enfance Jeunesse**  
**Année Scolaire : .....**  
**Fiche Péricolaires / Accueil de loisirs**



**NOM:** ..... **PRENOM:** .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

**Ecole :**  Publique Lestonan  Publique Rouillen  Publique Bourg  Ecole St Joseph

Autre : .....

PHOTO  
OBLIGATOIRE

**Représentants légaux :**

Nom/Prénom: ..... N°Tel (en cas d'urgence) : 1<sup>er</sup> : ..... 2<sup>ème</sup> : .....

Nom/Prénom: ..... N°Tel (en cas d'urgence) : 1<sup>er</sup> : ..... 2<sup>ème</sup> : .....

**AUTORISATION :**

Personne(s) autorisée(s) à prendre mon enfant et/ou à joindre en cas d'indisponibilité des parents

Nom-Prénom : ..... Lien de parenté..... Tél : .....

Nom-Prénom : ..... Lien de parenté..... Tél : .....

Nom-Prénom : ..... Lien de parenté..... Tél : .....

**Autorisation à rentrer seul (\*pour les enfants scolarisés dans les écoles primaires uniquement) :**

Mon enfant est autorisé à rentrer seul à la fin de :

NAP \*  Structures de loisirs\*  l'Accueil périscolaire\*

Oui à partir de 16h45  Non  Oui à partir de .....h....  Non  Oui à partir de .....h....  Non

**Droit à l'Image**

Je (nous) soussigné(s) ..... responsable(s) légal(aux) autorise(ons), le Service Education Enfance Jeunesse, à utiliser l'image de mon enfant sur les supports photographiques ou informatiques exclusivement sur la présentation et l'illustration des activités liées à l'enfance.

Oui  Non

**Régime alimentaire particulier ou autres allergies :**

ASTHME  oui  non MÉDICAMENTEUSES  oui  non

ALIMENTAIRES  oui  non AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**Recommandations des parents**

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

Précisez : .....

**Dernier rappel DT POLIO (diphtérie, tétanos, poliomyélite) :** .....

**Inscription et autorisation**

Je (nous) soussigné(s), ..... responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(ons) exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des structures d'accueil à transporter mon enfant dans un véhicule de la commune, et le cas échéant, prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

Oui  Non

**Date et signature :**