

Direction de l'ÉducationService Périscolaire
PLACE DE L'ÉTAPE - HOTEL GROSLLOT
45040 ORLEANS CEDEX 1
Tél 02.38.79.28.24**Dossier N°****ÉCOLE et RÉFÉRENT PÉRISCOLAIRE****École :****Nom et prénom du référent :****Prénom, Nom de l'Enfant :**

Enfant, né(e) le

Niveau :

Enseignant :

Père**Prénom Nom :**

Adresse :

.....

.....

E-Mail :

 Personnel Portable Professionnel

.....

.....

.....

Mère**Prénom Nom :**

Adresse :

.....

.....

E-Mail :

 Personnel Portable Professionnel

.....

.....

.....

Employeur

Employeur :

Adresse :

Employeur

Employeur :

Adresse :

DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALEPère Oui NonMère Oui Non**PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

Merci de compléter

Nom

Prénom

Lien avec l'enfant

N° de téléphone

N° de portable

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'ajouter un numéro d'ordre de priorité devant chaque personne

INSCRIPTIONS EN COURS DES FRÈRES ET SOEURS

Merci de compléter

Nom

Prénom

Nom de l'école

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Médecin

Médecin traitant :

**Allergies**

.....

.....

Contre-indications

.....

.....

Vaccin	Date	Rappel
DTP		
.....		

Maladies
.....
.....

Restrictions alimentaires	
Demande de PAI	<input type="checkbox"/>
Plat de substitution (en remplacement du plat servi à base de viande de porc)	<input type="checkbox"/>

Observations que les parents jugeraient nécessaires sur l'état de santé de l'enfant
Vaccins non présentés
.....
.....

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Je soussigné,, autorise les personnels présents dans l'école à pratiquer les soins d'urgence.

Je soussigné, Monsieur et/ou Madame autorise l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Je soussigné,, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le directeur ou le Service Péri-scolaire de la Mairie de toute modification (problème de santé, situation familiale...)

Fait à ORLEANS, le

Signature

Conformément à la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, le droit d'accès, de modification ou de suppression peut s'exercer auprès de la Direction de l'Éducation.
Les informations ci-dessus recueillies font l'objet d'un traitement informatique et peuvent être transmises aux partenaires de la ville chargés de la gestion des activités. Ne sont transmises dans ce cas que les informations strictement nécessaires au traitement des prestations.