

LES FRERES ET SOEURS :

Nom :	Prénom :	Né(e) le :
Nom :	Prénom :	Né(e) le :
Nom :	Prénom :	Né(e) le :
Nom :	Prénom :	Né(e) le :

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) _____ agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise

1- Les personnes suivantes (sur présentation d'une pièce d'identité) à venir chercher l'enfant

Attention ! S'il s'agit de mineur, uniquement à partir de 10 ans révolus.

Prénom/nom	Tél.
Prénom/nom	Tél.
Prénom/nom	Tél.
Prénom/nom	Tél.

2- L'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans)

ALAE semaine	Oui	Non	Heure de départ
ALSH	Oui	Non	Heure de départ
Accueil périscolaire Mercredi après-midi	Oui	Non	Heure de départ

AUTORITE PARENTALE

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

Oui (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)

Non (joindre **obligatoirement** la copie du justificatif correspondant: dernière décision de justice, livret de famille, etc...)

Nom et adresse de **toute autre personne titulaire de l'autorité parentale** :

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER/FILMER ET DE PUBLIER

Oui

Non

Nous autorisons la Mairie et l'Etablissement Régional Léo Lagrange Sud-Ouest et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait à photographier/filmer mon enfant, reproduire son image, diffuser et/ou publier cette image selon les conditions définies dans le Document Unique d'Iscription signé précédemment.

AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES (situation familiale, facturation,)**Prénom et nom du payeur :**Souhaitez-vous le **prélèvement automatique** ? Déjà mis en place Oui^(*) Non^(*) N'oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement SEPA et de joindre un RIB.**FORMAT DE LA FACTURE**

La facture 100% électronique est envoyée par courriel en début de chaque mois, lors de sa génération. Elle est également disponible sur le portail Familles, téléchargeable et imprimable 24h/24, 7j/7.

Si vous ne souhaitez pas recevoir la facture 100% électronique, cochez la case

Régime de sécurité sociale

Nombre d'enfants à charge :

Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou autre) Sans régime

N° allocataire CAF :

AUTORISATION CAF

Nous autorisons la ville de Tournefeuille à recueillir les informations nous concernant auprès de la CAF, dont nos ressources, afin de vérifier notre éligibilité aux tarifications différenciées établies par la ville et ainsi de simplifier nos démarches (ex : mise à jour du quotient familial). Oui Non

Nous soussignés :

- Représentant légal 1 (prénom, nom) :
- Représentant légal 2 (prénom, nom) :
- Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, nom et prénom du tuteur ou du représentant légal :

Agissant en qualité de représentant(e) légal(e) (ou de représentants légaux, si les deux parents exercent ensemble l'autorité parentale) de :

- Prénom et nom de l'enfant :

Attestons sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier de réactualisation.

Certifions avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi modifiée n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Européen sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Tournefeuille.

Fait à

Le

Signature**Responsable légal 1****Signature****Responsable légal 2**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ?

Oui

Non

A-t-il une notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ?

Oui

Non

Vaccinations: (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**Vaccins obligatoires**

Diptérie	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Tétanos	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Polio	Oui	Non	Dates derniers rappels :

Vaccins recommandés

Hépatite B	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Coqueluche	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Rougeole Oreillons Rubéole	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Autres (précisez)	Oui	Non	Dates derniers rappels :
	Oui	Non	Dates derniers rappels :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**Attention ! En l'absence d'un protocole ou d'une ordonnance concernant des problèmes médicaux tels que allergie alimentaire, traitement de longue durée, asthme..., la responsabilité de l'Accueil de Loisirs ne saurait être engagée.**

En cas de problèmes de santé rencontrés par l'enfant, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).

L'administration d'un traitement médicamenteux est conditionnée à une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.

Problème de santé

Asthme Allergies, précisez :

Autres, précisez :

Souhaitez-vous mettre en place ou renouveler un protocole d'accueil :

Oui^(*)

Non

Recommandations particulières (ex.: port de lunettes, antécédents médicaux, ...)

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant :

agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale

Je soussigné(e)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de santé de l'enfant.

Signature**Responsable légal 1****Signature****Responsable légal 2**