

NOM DE L'ÉCOLE :

☐ Maternel
☐ Élémentaire

Enfant

Nom(s) :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

 Sexe de l'enfant : ☐ Garçon / ☐ Fille

Représentant légal

Parent 1 : représentant légal

Parent 2 : représentant légal

Nom (père – mère - tuteur) :

Nom (père – mère - tuteur) :

Prénom(s) :

Prénom(s) :

 Adresse :

 Adresse :

Tél portable :

Fixe :

Tél portable :

Fixe :

En cas d'urgence

Autre(s) personne(s) à prévenir en cas d'accident/urgence (si resp. légal injoignable)

Nom Prénom

Lien avec l'enfant

N° Téléphone

Contact 1

Contact 2

Autorisation de départ

Autre(s) personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant (si resp. légal indisponible)

☐ Contact 1

☐ Contact 2

☐ Autres personnes

Nom Prénom

Lien avec l'enfant

N° Téléphone

J'autorise mon enfant à quitter seul la garderie municipale (uniquement pour les élèves des écoles élémentaires).

☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser l'heure autorisée de départ :h.....

Toute modification de cette autorisation ou de l'heure de départ devra faire l'objet d'une nouvelle autorisation écrite transmise à la Direction du Projet Éducatif Global.

Informations sanitaires de l'enfant
L'enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement spécifique (AESH) durant le temps scolaire ☐ Oui ☐ Non

L'enfant dispose-t-il d'un PAI : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une copie du PAI en vigueur. Celui-ci sera appliqué de manière mutualisée entre l'école et le service municipal de garderie.

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ Oui ☐ Non

 Si oui, joindre une ordonnance médicale en cours de validité ainsi que les médicaments correspondants, dans leur emballage d'origine, portant le nom de l'enfant et accompagnés de leur notice. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance médicale et, lorsqu'il est requis, sans PAI applicable.**

Rubéole

☐ Oui ☐ Non

Varicelle

☐ Oui ☐ Non

Oreillons

☐ Oui ☐ Non

Rhumatisme articulaire aigu

Coqueluche

☐ Oui ☐ Non

Rougeole

☐ Oui ☐ Non

Scarlatine

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

ALLERGIES :

 Asthme : ☐ Oui ☐ Non

 Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

Allergies connues :

Traitement ou précautions particulières :

☐ Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,
autorise celui-ci à fréquenter la garderie municipale de la Ville de Saint-Paul et à être pris en charge par les agents municipaux pendant les horaires de fonctionnement du service, conformément au règlement intérieur.

☐ Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la garderie municipale de la Ville de Saint-Paul, notamment de ses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement du service, aux conditions tarifaires (forfait annuel de 300 €), ainsi qu'au traitement de mes données personnelles (RGPD), et m'engage à en respecter l'ensemble des dispositions.

Autorisation de droit à l'image:

☐ J'autorise la Ville de Saint-Paul à photographier et/ou filmer mon enfant et à utiliser son image, dans le respect de sa dignité, de sa vie privée et de ses droits, sur tout support de communication (papier, numérique ou audiovisuel), exclusivement à des fins d'information, de valorisation et de promotion des actions menées dans le cadre de la garderie municipale et des politiques éducatives de la Ville.

☐ Je n'autorise pas la Ville de Saint-Paul à photographier et/ou filmer mon enfant ni à utiliser son image dans le cadre des actions de communication relatives à la garderie municipale.

Fait à Saint-Paul le :

NOMS, Prénoms et signatures du ou des représentants légaux précédés de la mention « lu et approuvé » :

Pièces à fournir

- ☐ Copie du livret de famille ou de tout document justifiant de l'autorité parentale
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'enfant durant l'année scolaire
- ☐ Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- ☐ Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations obligatoires ou un certificat médical attestant de leur mise à jour
- ☐ Jugement relatif à l'autorité parentale (le cas échéant)
- ☐ Copie du Projet d'Accueil Individualisé (PAI) (le cas échéant)
- ☐ Autres :

Cadre réservé à l'administration

Date de dépôt du dossier :

Nom de l'agent :

Dossier complet :

☐ Oui

☐ Non et Pièces manquantes :