



Commune de Chomérac
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
POUR LA GARDERIE DU MERCREDI MATIN

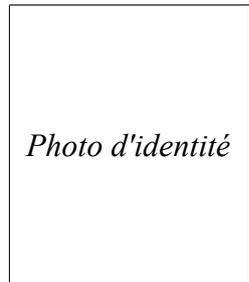


Photo d'identité

- Enfant de l'école privée « Présentation de Marie » - Chomérac**
- Enfant non scolarisé à Chomérac mais résidant à Chomérac**
- Enfant scolarisé à l'école d'Alissas**

ENFANT :

NOM : **PRENOM :**

Date de naissance : **Classe :**

Sexe : **Féminin** **Masculin**

Autorisations (cocher la case lorsque vous autorisez votre enfant) :

- Droit à l'image (photos prises pour la communication de la mairie – site internet, page facebook ; et photos prises lors du déplacement de journalistes – par exemple, Le Dauphiné et La Tribune)
- Rentre seul à la maison à la fin de la garderie (c'est à dire à 12h30)
- En cas d'urgence, j'autorise toutes mesures nécessaires selon l'état de l'enfant (hospitalisation, traitement médical, intervention chirurgicale)

Votre enfant dispose t-il d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

REPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : **PRENOM :**

Adresse :

.....

CP : **Ville :**

Tél (domicile) : **Mobile :** **Tél (travail):**

Adresse mail :

Lien de parenté avec l'enfant : Père Mère Autre :

AUTRE RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : **PRENOM :**

Adresse :

.....

CP : **Ville :**

Tél. (domicile) : **Mobile :** **Tél (travail):**

Adresse mail :

Lien de parenté avec l'enfant : Père Mère Autre :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

Nom-Prénom	Lien de parenté	N° Mobile	N° Tél. fixe

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

DIPHTERIE Date du dernier rappel :
TETANOS Date du dernier rappel :
POLIOMYELITE Date du dernier rappel :

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments correspondants** (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant, avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant est-il allergique ? Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....
.....
.....
.....
.....

Indiquez les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....
.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc ? Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

→ Fournir impérativement, avec le présent document complété et signé, une copie de l'**attestation d'assurance** de l'enfant.

Fait à : Le :

Signature des responsables légaux de l'enfant :

Données personnelles :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées par la commune de Chomérac pendant la durée prévue à l'article 3 de la Délibération n° 2015-433 du 10 décembre 2015 (NS-058), à savoir « le temps strictement nécessaire à l'accomplissement de la finalité pour laquelle elles ont été collectées », et sont destinées au service de gestion périscolaire de la Commune. Conformément au règlement n° 2016/679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès, d'opposition, de modification ou de rectification des données vous concernant en contactant la commune de Chomérac (mairie@chomerac.fr).