

## AUTORISATIONS PARENTALES

### TRANSPORT A L'HOPITAL

En cas d'accident, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris éventuellement l'hospitalisation.  
Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : ..... responsable légal en qualité de père, mère, tuteur donne l'autorisation de transporter mon enfant (Nom, Prénom) ..... au centre hospitalier le plus proche.

Rappel : en cas d'accident hors temps scolaire la responsabilité de la commune de Ognès ne pourra être engagée qu'en cas de défaut de surveillance.

A.....le .....  
Signature :

Je soussigné(e), Mr, Mme..... Responsable légal de l'enfant .....

- ☐ Accepte, ☐ Refuse que mon enfant participe aux sorties extérieures prévues sur le temps du périscolaire (transport en bus, vélo, à pied, ...)  
☐ Accepte, ☐ Refuse que mon enfant réalise ses devoirs en autonomie à partir du CE1 le lundi et jeudi.

### DROIT A L'IMAGE

L'article 9 du Code Civil définit le droit au respect de la vie privée qui permet aux individus de disposer de prérogatives concernant l'utilisation qui peut être faite de leur image. Pour les mineurs, il nous est recommandé d'obtenir une autorisation parentale d'utilisation de l'image.

- ☐ Accepte, ☐ Refuse l'utilisation, la diffusion et la reproduction de la photographie et film de mon enfant dans le cadre de toutes activités/ garderie/ quel qu'en soit le support (photos, site internet, affiche, CD, vidéo, ...)  
Les photos de mon enfant prises par le personnel du périscolaire au cours du temps de restauration scolaire, accueil périscolaire, sans contrepartie financière.

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire 2023/2024 et pourra être révoquée à tout moment.  
J'ai été informé(e) que les images ne seront pas utilisées dans un but commercial et reconnais que les utilisations ci-dessus énoncées ne portent pas atteinte à ma vie privée et ne me portent pas préjudice.

A.....le .....  
Signature :

### ÉMARGEMENT DU REGLEMENT

Je soussigné(e), M, Mme..... responsable de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je certifie que mon enfant n'a pas de contre-indication médicale pour participer avec d'autres enfants aux activités proposées par le service périscolaire et reconnaît avoir pris connaissance des règlements de chaque service (périscolaire et cantine) et m'engage à les respecter et les faire respecter par mon enfant.

A.....le .....  
Signature :



## DOSSIER INSCRIPTION CANTINE SCOLAIRE ET ACCUEIL PÉRISCOLAIRE RENTREE 2024-2025



**FICHE D'INSCRIPTION**  
**Année 2024-2025**

**ENFANT** : Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu et Département de naissance : ..... Age : .....  
Classe : .....

**Nom et Prénom du responsable légal** ..... Né(e) le : .....  
Lien de parenté : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél fixe : .....tél portable : ..... E-mail : .....  
Profession : .....  
Employeur et coordonnées (adresse et numéro de téléphone):.....

**Situation familiale** : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (ve)

\*Séparer ou divorcer joindre le jugement.

**Nom et prénom du deuxième responsable légal** : ..... Né(e) le : .....  
Lien de parenté : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél fixe : .....tél portable : ..... E-mail : .....  
Profession : .....  
Employeur et coordonnées (adresse et numéro de téléphone):.....

**Il est rappelé aux parents que la responsabilité des accidents commis par les enfants incombent aux parents. C'est pourquoi, lors de l'inscription de l'enfant, les parents devront obligatoirement fournir une attestation d'assurance responsabilité civile/scolaire-extrascolaire pour couvrir cette période d'accueil**

Nom de l'assureur : ..... Tél : ..... N° de police ou contrat : .....  
**Joindre impératif une attestation**

**En cas d'absence:**  
Il est obligatoire de prévenir l'équipe périscolaire se référer aux règlements (périscolaire et cantine)

**Personnes autorisées à récupérer mon enfant en garderie:**

**Pour les TPS/PS/MS/GS, les enfants seront obligatoirement récupérés par un adulte.**

**Pour les CP/CE1/CE2/CM1/CM2, les enfants pourront être récupérés par une personne à partir du collège.**

Nom Prénom et lien de parenté : ..... Tél : .....  
Nom Prénom et lien de parenté : ..... Tél : .....  
Nom Prénom et lien de parenté : ..... Tél : .....  
Nom Prénom et lien de parenté : ..... Tél : .....

Aucun enfant n'est autorisé à sortir pendant le temps de la pause méridienne

Pour les cas exceptionnels, un coupon de décharge sera à remplir auprès du personnel.

**FICHE SANITAIRE**

Nom de médecin traitant : ..... Adresse et tél : .....  
.....

**Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé PAI** : ☐ Oui ☐ Non

**Votre enfant fait-il des allergies et/ou intolérances** :

Alimentaires :

☐ Oui, lesquelles :

☐ Non

Asthme : ☐ .....

Maquillage (en vue préparation de spectacle) : ☐

Information complémentaires susceptibles d'assurer une meilleure prise en charge de votre enfant  
(Régime alimentaire spécifique, ...)

☐ Oui, lequel :

☐ Non