

**ENFANT**

Né(e) le : à Sexe :  
École Classe

**Responsables légaux**

Père

M Prénom  
Adresse  
Téléphone fixe  
Téléphone portable  
Employeur  
Adresse employeur  
Téléphone employeur  
Email  
Numéro sécurité sociale  
Numéro CAF  
Assurance n° police

Mère

Mme Nom de jeune fille Prénom  
Adresse  
Téléphone fixe  
Téléphone portable  
Employeur  
Adresse employeur  
Téléphone employeur  
email  
Numéro sécurité sociale  
Numéro CAF  
Assurance n° police

**Autorisation de sortie de l'enceinte des bâtiments scolaires et périscolaires**

La gestion de la sortie de l'école relève de la responsabilité de l'équipe enseignante. La gestion de la sortie de l'accueil périscolaire relève de la responsabilité de l'équipe communale

Autorise mon enfant à rentrer seul après la classe oui non

(Document transmis à l'équipe enseignante)

Autorise mon enfant à rentrer seul depuis l'arrêt du car scolaire oui non

Si l'enfant n'est pas autorisé à rentrer seul chez lui depuis l'arrêt du car scolaire en cas d'absence d'un intervenant dûment habilité, il sera reconduit à l'accueil périscolaire où les personnes autorisées pourront venir le chercher

**Les enfants fréquentant l'accueil périscolaire ne sont pas autorisés à rentrer seul chez eux**

**Intervenants autorisés à venir chercher l'enfant**, attention ne pas oublier de mettre à jour la liste en cours d'année. L'enfant ne sera pas remis à une personne qui ne figure pas dans la liste

nom	adresse	Numéro téléphone

Médecin traitant

télé médecin traitant

Je soussigné(e) ..... détenteur(trice) de l'autorité parentale, autorise la commune de Montcresson à faire intervenir une équipe médicale d'urgence en cas de besoin pour soigner mon enfant (nom, prénom,)..... et autorise son évacuation vers le centre hospitalier le plus proche en cas de besoin.

Problème particulier de l'enfant      asthme      allergie (si oui laquelle)  
    PAI      autres (à expliquer)

En l'absence de PAI fournir un certificat médical et une ordonnance pour le traitement à appliquer

Droit à l'image

Je soussigné(e) ..... détenteur(trice) de l'autorité parentale, autorise que mon enfant :

NOM	Prénom	Classe
Soit photographié	oui	non
Soit filmé	oui	non

Si oui en autorise la diffusion :

Interne au service scolaire et périscolaire	oui	non
Dans la presse écrite	oui	non
A la télévision et dans les salles de diffusions	oui	non
Site internet de la commune	oui	non

Document à retourner par courrier Commune de Montcresson 25 rue de Verdun 45 700 Montcresson ou par email à l'adresse suivante : [mairie.montcresson@orange.fr](mailto:mairie.montcresson@orange.fr)