**ANNEE SCOLAIRE 2025-2026**

**1) L’élève**

NOM : …………………………….…..…… Prénom : ………………………… Sexe M F

Date de naissance : ……/……/………. Lieu de naissance : ……………….………………….….

Ecole pour 2025/2026 : ………….……………….. Classe pour 2025/2026 : ……………..

**2) Les représentants légaux**

|  |
| --- |
| **PARENTS DE L’ENFANT**  |
| **REPRÉSENTANT LÉGAL 1** NOM : …………………….….…………… Prénom : ……….…..……..…….………. Qualité *(mère, père) : ……………*…….. Autorité parentale : OUI NON Téléphone personnel…………………..... Téléphone professionnel : ................................Mail ....................................... | **REPRÉSENTANT LÉGAL 2** NOM : ………………….….….……………… Prénom : ……….…..……..………………..…. Qualité *(mère, père) : ………………*……….. Autorité parentale : OUI NON Téléphone personnel ………………….....…. Téléphone professionnel .............................Mail ............................................... |
| **AUTRE (FOYER, FAMILLE D’ACCUEIL,…)**  |
| NOM : …………………………….….… Prénom : ……….…..……………..………….....…. Qualité (*assistant familial…) : ..*….…………………………………...……………………. Autorité parentale : OUI NON Téléphone domicile : ……………....……..Téléphone portable : …………………....……...….  |
| Numéro allocataire CAF/MSA : .................................Nom de l’assurance : ...............................................................................N° contrat : ....................................(copie attestation assurance à fournir) |

**3)** **Les autorisations de sorties :**

* **Autorisations de sortie pour le retour seul au domicile pour les élèves de l’école élémentaire uniquement :**

J’autorise mon enfant à quitter seul l’ALAE à 18h30 OUI □ NON □

* **Personnes autorisées à venir récupérer l’enfant**

**Personne 1 :**

NOM : ………………………………….…… Prénom : …..……………………..…..……

Téléphone fixe : ……………………..……… Téléphone portable : ……………………..…………

Lien avec l’enfant : ………………….……………………………………………….………………………………….

**Personne 2 :**

NOM : ………………………………….…… Prénom : …..……………………..…..……

Téléphone fixe : ……………………..……… Téléphone portable : ……………………..…………

Lien avec l’enfant : ………………….……………………………………………….………………………………….

**Personne 3 :**

NOM : ………………………………….…… Prénom : …..……………………..…..……

Téléphone fixe : ……………………..……… Téléphone portable : ……………………..…………

Lien avec l’enfant : ………………….……………………………………………….………………………………….

**Personne 4 :**

NOM : ………………………………….…… Prénom : …..……………………..…..……

Téléphone fixe : ……………………..……… Téléphone portable : ……………………..…………

Lien avec l’enfant : ………………….……………………………………………….………………………………….

**Si j’autorise mon enfant à rentrer seul ou à partir sous la responsabilité d’un autre adulte, je dégage la Mairie de BAZET, le personnel chargé de l’accueil périscolaire de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l’enfant.**

**FICHE SANITAIRE 2025-2026**

**1) Médecin traitant**

Nom : …………………………….……………………… Téléphone : ……………………..………...…………….

**2) Vaccinations**

Votre enfant est-il à jour du vaccin D.T.P (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) : OUI □ NON □

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

**2) Informations médicales**

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH : OUI □ NON □

Votre enfant a-t-il un problème de santé ? OUI □ NON □

ALLERGIES : Alimentaires OUI □ NON □

Médicamenteuses OUI □ NON □

ASTHME : OUI □ NON □

AUTRES (préciser) : …………………………………………………………………...………………………

**PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISÉ :** l’enfant bénéficie-t-il d’un PAI ? OUI □ NON □

*Motif :* ……………………………………………………………………………………………………

**Un PAI (Projet d’Accueil Individualisé) est obligatoire en cas d’allergie alimentaire ou autre, lorsque l’enfant suit un régime médical spécifique ou lorsqu’il prend des médicaments.**

**Observations : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

Votre enfant est-il amené à avoir des rendez-vous médicaux sur le temps périscolaire :

OUI □ NON □

**En cas d’accident grave vous autorisez le responsable à prendre les dispositions qui lui paraitront les meilleures.**

**INFORMATIONS PERISCOLAIRES**

Mon enfant fréquente : ALAE matin □ Cantine et Pause Méridienne □ ALAE soir □ ALSH □



****

Informations que vous jugez utiles :

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

**J’autorise la commune de Bazet à utiliser ces informations pour les temps d’ALAE et ALSH □ oui □ non**

**Je m’engage à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées dans cette fiche.**

**Date : NOM Prénom Signature représentant légal :**

Document à retourner avant le 10/09/2025