



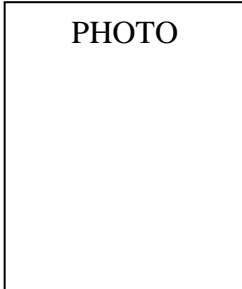
GASSIN

www.mairie-gassin.fr

Dossier administratif 2024/2025

Activités municipales

(Restauration, ALSH, périscolaire, ...)



FICHE ENFANT

Nom et Prénom :
Date et lieu de naissance :
Classe en 2024/2025 :
Adresse de l'enfant :

Rappel des coordonnées des parents en cas d'urgence :

Nom – prénom du père :
Téléphone du père :
Courriel :

Nom-prénom de la mère :
Téléphone de la mère :
Courriel :

Je, soussigné(e) Mme, M. _____ autorise ces personnes à venir chercher mon (mes) enfant(s) à la périscolaire, à l'ACM du mercredi et / ou aux transports scolaires ou lors de l'interclasse de la restauration scolaire :

Nom-Prénom : _____ Tél. : _____ Lien de parenté : _____
Nom-Prénom : _____ Tél. : _____ Lien de parenté : _____
Nom-Prénom : _____ Tél. : _____ Lien de parenté : _____
Nom-Prénom : _____ Tél. : _____ Lien de parenté : _____

J'autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux sorties extérieures organisées par la municipalité et à emprunter le bus en présence du ou des encadrants :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise le personnel communal à maquiller mon (mes) enfant(s) lors d'activités d'expression, d'atelier maquillage, de manifestations diverses :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise l'équipe d'encadrement à photographier mon (mes) enfant(s), seul et/ou en groupe (pour diffusion éventuelle sur des magazines ou supports municipaux) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise les responsables des services municipaux à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon (mes) enfant(s) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

En cas d'urgence, les responsables préveniront la famille par téléphone sur les numéros indiqués sur la fiche de renseignements familiaux. Un enfant accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers le Pôle de santé de Gassin (en premier lieu), à moins que son état permette une certaine attente dans le cas où la famille souhaite le prendre en charge elle-même.

Date : _____

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :

