##

Assurance péri et extrascolaire (facultatif)

9

***En vertu des articles L227- 4 et 5 du Code de l’Action Sociale et des Familles, il est fortement recommandé aux familles de souscrire un contrat d’assurances de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent.***

oui ❑ g Nom de la compagnie .................................... N° de contrat ..............................

Date de souscription : ......./ ......./ (JJ/MM/AA)

❑ **non**

Droits à l’image

10

Tout le temps qu’il fréquentera les activités extrascolaires, votre enfant est susceptible d’être photographié ou filmé par la Ville de Paris ou ses partenaires. Ces images pourront illustrer les com- munications municipales, que ce soit sur supports papiers (*ex. magazine À PARIS*) ou électroniques (*ex. site Internet de la Ville de Paris*). Les images pourront être conservées dans les archives de la Ville de Paris et transmises à ses partenaires (*ex. : presse, associations, organismes publics*), les images ainsi transmises n’étant pas vendues. La présente autorisation est accordée pour le monde entier (*en raison du vecteur Internet*), pour une période d’un an renouvelable par tacite reconduction à compter de la captation de l’image - sauf révocation à adresser par lettre recommandée avec AR à la Ville de Paris - Direction des Affaires Scolaires - Mission Information et Communication - 3 rue de l’arsenal - 75004 Paris.

J’accepte ❑ Je n’accepte pas ❑

##

11

Déclaration sur l’honneur valable pour WE et vacances de printemps

Je soussigné(e), responsable de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la Ville de Paris sur l’école à prendre, en cas d’urgence et d’impossibilité de joindre le ou les responsables légaux, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant. Toute personne procédant à une fausse déclaration pour elle-même ou pour autrui s’expose, notamment, aux sanctions prévues aux articles 441-6, 441-7 et 441-10 du nouveau code pénal, prévoyant des peines pouvant aller jusqu’à trois ans d’emprisonnement, 45 000 euros d’amende, l’interdiction des droits civiques, civils.

Date Signature

Dasco 2019



ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

**WE et VACANCES DE PRINTEMPS 2020**

**Photo**

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SANITAIRES

**À remplir obligatoirement**

 1 École fréquentée (obligatoire)

**........................................................................................................**

**........................................................................................................**

2 Enfant (obligatoire)

NOM ...............................................................................................

**(tel que figurant sur l’acte de naissance)**

PRÉNOM ...............................................................................................

DATE DE NAISSANCE ............................ lieu de naissance ........................................

GARÇON ❑ FILLE ❑ CLASSE ................................

Représentant légal de l’enfant (obligatoire)

(

3

Vous êtes parent 1 ❑ parent 2 ❑ le tuteur ❑

Nom d’usage ...................................... Nom de famille ................................

Prénom ...................................... Date de naissance............................

Adresse\* ...............................................................................................

**.................................................... N° de boite aux lettres ............**

Code postal ...................................... Ville .................................................

Domicile ...................................... Professionnel ....................

Mobile .........................................................................................

E-mail ..................................... @.....................................................

4 Autre représentant légal de l’enfant (obligatoire)

Vous êtes parent 1 ❑ parent 2 ❑ le tuteur ❑

Nom d’usage ...................................... Nom de famille ................................

Prénom ...................................... Date de naissance ............................

Adresse\* ...............................................................................................

**.................................................... N° de boite aux lettres ............**

Code postal ...................................... Ville .................................................

Domicile ...................................... Professionnel ................................

Mobile ...............................................................................................

E-mail ..................................... @ ...................................................

***\* adresse complète : N° rue/avenue/boulevard - bâtiment/résidence/hall***

##

Santé de l’enfant (obligatoire)

5

### l Situation de handicap :

**Existe-t-il un Projet Personnalisé de Scolarisation (P.P.S.) ? oui** ❑ **joindre une copie non** ❑

l **Pathologies chroniques (*allergies, diabète, asthme...*) :**

Existe-t-il un Projet d’Accueil Individualisé (P.A.I.) ?

**oui** ❑ **joindre une copie non** ❑ **faire établir un PAI pour que le traitement soit pris en compte par l’équipe**

l **Pathologies non chroniques *(traitement ponctuel) :***

**oui** ❑ **joindre l’ordonnance correspondante ET l’autorisation d’administrer, ainsi que les**

**médicaments et notice(s) d’utilisation dans leur emballage d’origine marqués au nom de l’enfant.**

**non** ❑

#  Vaccinations

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** |
| **Diphtérie** |  |  |  |
| **Tétanos** |  |  |  |
| **Poliomyélite** |  |  |  |

**SI L’ENFANT N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION AU(X) VACCIN(S) CONCERNÉ(S).**

**ATTENTION : LE VACCIN ANTI TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

Difficultés de santé et précautions à prendre (facultatif)

6

Avez-vous des recommandations particulières à nous signaler au sujet de votre enfant ?

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

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

**Nom du médecin traitant :** ............................................................................................................................................

**Téléphone :** .........................................................................................................................................................................

Autorisations pour les activités (obligatoire)

7

l Participation aux baignades en piscine ou lieu aménagé et surveillé

Sans objet

l Participation aux activités nautiques (voile, kayak..) :

Sans objet

l Participation aux autres activités sportives :

oui ❑

**oui** ❑ **mais restrictions - préciser** ...........................................................................................................................................

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

non ❑

### l Sorties des enfants inscrits en accueil MATERNEL : aucune sortie seul n’est autorisée

8 Autorisations pour les sorties en fin d’accueil (obligatoire)

Personnes habilitées à venir chercher l’enfant à l’accueil maternel :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** |  | **Prénom** |  | **Lien avec l’enfant** |  |
| **Nom** |  | **Prénom** |  | **Lien avec l’enfant** |  |
| **Nom** |  | **Prénom** |  | **Lien avec l’enfant** |  |
| **Nom** |  | **Prénom** |  | **Lien avec l’enfant** |  |

### l Sorties des enfants inscrits en accueil ELEMENTAIRE (cocher la case) - sans indication, mon enfant est autorisé à sortir seul :

❑ Mon enfant est autorisé à sortir seul à la fin des activités.

❑ Mon enfant n’est pas autorisé à sortir seul à la fin des activités.

Personnes habilitées à venir chercher mon enfant s’il n’est pas autorisé à sortir seul :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** |  | **Prénom** |  | **Lien avec l’enfant** |  |
| **Nom** |  | **Prénom** |  | **Lien avec l’enfant** |  |
| **Nom** |  | **Prénom** |  | **Lien avec l’enfant** |  |
| **Nom** |  | **Prénom** |  | **Lien avec l’enfant** |  |

**Tournez SVP**