

CONTACTS : (Personnes autres que les responsables légaux à appeler en cas d'urgence)

Contact 1 : (Mr/Mme)

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

Lien avec l'enfant :

Contact 2 : (Mr/Mme)

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

Lien avec l'enfant :

PERSONNES SUPPLEMENTAIRES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

| | |
|--------------------|----------------------------|
| Nom/Prénom : | Lien avec l'enfant : |
| Nom/Prénom : | Lien avec l'enfant : |
| Nom/Prénom : | Lien avec l'enfant : |
| Nom/Prénom : | Lien avec l'enfant : |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Date de réalisation du DT. POLIO :

L'enfant présente-t-il des signes d'allergies ? Oui Non Si oui, lesquelles :

L'enfant est-il asthmatique ? Oui Non Souffre-t-il d'eczéma ? Oui Non

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

DROIT A L'IMAGE ET AUTORISATIONS :

Je soussigné(e), (Nom, Prénom), agissant en tant que représentant légal de l'enfant inscrit sur cette fiche,

- autorise la Ville de Vichy n'autorise pas la Ville de Vichy

à utiliser et/ou publier des visuels le concernant pour illustrer les différents supports d'information et de communication réalisés par la Ville de Vichy.

Je soussigné(e), autorise les services municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie exact les renseignements mentionnés dans ce dossier et m'engage à signaler tout changement (adresse, coordonnées, situation...) modifiant les indications de cette fiche.

Date :

Signature du représentant légal :