

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L' OU LES ENFANT(S)

L'enfant (ou les enfants) suit-il (suivent-ils) un traitement médical : oui non

Si oui, il(s) fait (feront) l'objet d'un PAI (allergies alimentaires, asthme ou autre handicap), vous devrez consulter le site suivant : <https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades>

Faire les démarches nécessaires pour la rentrée auprès de votre médecin traitant.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, est-il suivi, y'a-t-il des problèmes familiaux, est-il allergique, a-t-il un régime alimentaire particulier, etc... ?

Précisez :

REMISE DU OU DES ENFANTS

Je soussigné (e), «Nom_1» «Prénom_1» et «Nom_2» «Prénom_2», responsable (s) légal (aux), de l'enfant :

Nom : «Nom_de_l'enfant»

Prénom : «Enfant»

Classe : «Classe»

Autorise (nt) les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la sortie des classes. Si, exceptionnellement, mon enfant devait partir avec une autre personne que celles nommées ci-dessous, **je le signalerais par écrit à la direction de l'école**. Je sais que si une autre personne que celles nommées ci-dessous venait chercher mon enfant, il ne pourrait être remis à une autre personne. Ceci dans le respect de la législation en vigueur concernant l'autorité parentale.

NOM – PRENOM

.....

.....

.....

.....

TELEPHONE










DELEGATION ANNUELLE DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE & AUTORISATIONS

Je soussigné(e), et responsable (s) légal (aux) demeurant à l'adresse ci-dessus, autorise le directeur(trice) de l'école privée « Les 4 Vents » à Saint Bonnet les Oules, ou tout enseignant, à prendre, en cas d'urgence au regard de l'état de santé de mon enfant, toutes décisions de transports, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale après appel du centre 15.

Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité :

- Soit de me joindre (ou joindre mon conjoint) au n° ci-dessus indiqués
- Soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille : Docteur 

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties proposées tout au long de l'année scolaire 26/27

J'autorise mon enfant à participer aux deux célébrations qui se déroulent avant Noël et Pâques en l'église de Saint Bonnet Les Oules

J'autorise l'établissement « Les 4 Vents », Ecole privée, 62 chemin du Grillet 42 330 Saint Bonnet Les Oules, à utiliser les images fixes ou animées, audiovisuelles ou multimédia prises au cours d'activités pédagogiques ou reflétant la vie scolaire et la vie des associations pour :

- La presse et gazette du village
- La plaquette représentative de l'école
- Une exposition au sein de notre établissement
- La présentation d'activités sur le site internet public de l'école

Fait à :, le

Signature du ou des responsable (s) légal (aux) de l'enfant. Précisez. Merci