VILLE DE BISCHHEIM Pôle Enfance, Education et Affaires Démographiques	FICHE de LIAISON **Nouvelles Activités Périscolaires (NAP)**

Enfant

Nom : _____ Prénom :_____

Date de naissance : _____ Sexe : ❑ Féminin ❑ Masculin

Adresse : _____

École :_____ classe : _____ Enseignant(e) :_____

Atelier choisi : _____

Responsable(s) légal(aux)

❑ mère ❑ père ❑ tuteur	❑ mère ❑ père ❑ tuteur
Nom :_____	Nom :_____
Prénom :_____	Prénom :_____
Tél domicile :_____	Tél domicile :_____
Tél portable :_____	Tél portable :_____
Tél professionnel :_____	Tél professionnel :_____
Adresse Mail : _____@_____	Adresse Mail : _____@_____

Autres contacts

Si vous êtes difficilement joignable, merci d'indiquer également les coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement ou de se déplacer en cas de besoin :

Nom - Prénom	Qualité	Numéros de téléphone	Cochez si à contacter prioritairement
			❑
			❑

A l'issue de l'activité, à 17 h 15 , mon enfant (1 seule case cochée)

❑ ira au périscolaire payant (accompagné par l'intervenant ou l'animateur)
ou
❑ rentrera seul
ou
❑sera cherché par l'un des parents ou personne autorisée **<u>auprès de l'intervenant dans l'enceinte de l'école .</u>**

Tout enfant non cherché à 17 h 15 sera conduit au périscolaire payant.

En cas d'annulation de l'activité

❑ je serai prévenu par le service éducation de la Ville afin de venir chercher mon enfant à 15h45
ou
❑ j'autorise mon enfant à rentrer seul

Verso à compléter

Personnes autorisées à chercher l'enfant

Nom - Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

Renseignements médicaux

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : ❑ non ❑ oui

OBSERVATIONS : (allergies, maladies chroniques, handicap, etc...)

_____

_____

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :
Précisez également si l'enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires....

_____

_____

Vaccinations obligatoires

VACCINS	DATE
DTP (Diphtérie-Tétanos-Polio)	

Autorisation d'intervention chirurgicale

Je, soussigné, Monsieur et/ Madame (nom-prénom)_____ responsable(s) légal(-aux) de l'enfant (nom-prénom) _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade peut être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins

Utilisation et diffusion de photographies et/ou films

J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des Nouvelles Activités Périscolaires. J'autorise la Ville à utiliser ces images à des fins non commerciales pour diffusion dans les cahiers de Bischheim ou article de présentation des activités. ☐ OUI ☐ NON

Bischheim, le _____ **Signature des parents**