



**ASSURANCE SCOLAIRE/EXTRASCOLAIRE et RENSEIGNEMENTS DIVERS**

Compagnie : .....N° contrat : .....

N° ALLOCATAIRE :  CAF  MSA  AUTRE

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ATTESTATION QF**

**DOSSIER MÉDICAL**

VACCIN - Date du dernier rappel tétanique DTP : .....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

Votre enfant souffre de maladie chronique (asthme, allergies, convulsions....), si oui laquelle ? .....

**Si mise en place d'un PAI > MERCI DE DOUBLER MEDICAMENTS ET ORDONNANCES**

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES : .....

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE  
ET / OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE**

NOM : .....	NOM : .....
PRENOM : .....	PRENOM : .....
☎ : ...../.....	☎ : ...../.....
NOM : .....	NOM : .....
PRENOM : .....	PRENOM : .....
☎ : ...../.....	☎ : ...../.....

Nous, soussignés : .....responsables légaux de l'enfant.....

- ❖ Certifions avoir consulté le règlement intérieur municipal périscolaire et déclarons en accepter les règles.
- ❖ Autorisons le dit enfant à participer aux activités périscolaires communales.
- ❖ Autorisons l'autorité municipale à prendre, avec l'accord des autorités médicales, toutes décisions nécessaires aux soins médicaux utiles pour notre enfant.

Accordons aux autorités municipales l'autorisation d'utiliser, publier ou enregistrer, à des fins non commerciales, sur le site de la Commune ou dans les publications dont la direction incombe à Monsieur le Maire de Nérac, des vidéos ou photographies dans lesquelles apparaît l'enfant ..... dont nous sommes légalement responsable(s).

Date : .....

Signature (s) :