

SERVICE MINIMUM D'ACCUEIL

Je souhaite que mon enfant bénéficie du Service Minimum d'Accueil en cas de grève de son enseignant, le

Les enfants inscrits doivent être **présents** aux **horaires de l'école**. **AUCUN ENFANT NE SERA ACCEPTÉ À LA ½ JOURNÉE**. Les services d'accueils périscolaires (accueil du matin, restaurant scolaire, CAPS, accueil du soir) seront maintenus **pour les enfants accueillis régulièrement durant l'année**.

Nous vous rappelons que le Service Minimum est mis en place pendant le temps scolaire, lorsque le nombre d'enseignants en grève atteint 25% du nombre d'enseignants total de l'école et sous réserve de la capacité de la Ville à le mettre en œuvre en toute sécurité pour vos enfants.

Cette fiche est donc à transmettre à chaque inscription pour garantir la sécurité de chaque enfant.

ENFANT			
NOM :	PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE :	
ÉCOLE : <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Élémentaire	ÉCOLE : <input type="checkbox"/> Centre <input type="checkbox"/> Plaine <input type="checkbox"/> Stade	CLASSE :	
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX & RÉGIMES ALIMENTAIRES			
Allergies médicamenteuses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergies alimentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Régimes alimentaires : classique sans porc végétarien Préciser ici la cause de l'allergie, etc. (si automédication, le signaler)			
PAI (Projet d'Accueil Individualisé pour enfants atteints d'allergies) : <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Autre <i>Joindre la copie du document établi avec le médecin scolaire</i>			
Votre enfant porte-t-il ? <input type="checkbox"/> des lentilles <input type="checkbox"/> des lunettes <input type="checkbox"/> des prothèses auditives <input type="checkbox"/> un appareil dentaire ou <input type="checkbox"/> autre			

RESPONSABLES LÉGAUX			
	Responsable légal 1 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Famille d'accueil <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Famille d'accueil <input type="checkbox"/>	Autre Responsable légal Lien avec l'enfant
Nom			
Prénom			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Téléphone professionnel			
Adresse mail			

AUTORISATIONS PARENTALES			
Je soussigné(e) M..... responsable légal de l'enfant mentionné ci-dessous :			
<input type="checkbox"/> l'autorise à quitter seul(e) la structure (uniquement pour les enfants des écoles élémentaires) ;			
<input type="checkbox"/> autorise la commune de Saint-Marcellin, à remettre aux personnes suivantes (majeures) mon/mes enfant(s) à la fin des activités et/ou à être contactées en cas d'urgence (1 personne minimum OBLIGATOIRE) ;			
Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
<input type="checkbox"/> je certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus et autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou incident survenant à mon enfant.			

Signature du responsable légal :

Le