*MULTISITE : Ecoles de Bodilis, Plougar, Plougourvest et Saint-Derrien*

*Mail :* *lionel.cornou@enseignement-catholique.bzh*

*tél : o6.88.92.35.21*

*Objet : dossier de rentrée :*

*Autorisations diverses et vérification des coordonnées de l’enfant****:***

***Vérification des coordonnées des parents***

Nom et prénom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Responsables légaux | Nom et prénom | Téléphone 1 | Téléphone 2 |
| Mère |  |  |  |
| Père |  |  |  |
| Autres personnes à contacter pour venir chercher l’enfant (maladies, autres) |  |  |  |
| Autres personnes à contacter pour venir chercher l’enfant (maladies, autres) |  |  |  |
| Autres personnes à contacter pour venir chercher l’enfant (maladies, autres) |  |  |  |

Adresse mail (merci de s’appliquer dans la formation des lettres et point ou tiret pour éviter les erreurs de copie) :

Adresse électronique de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse électronique du père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres adresses électroniques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Sorties des classes**

J’autorise mon enfant :

* A sortir seul de l’école :  *OUI - NON*
* A sortir de l’école accompagné(e) de sa sœur ou de son frère aîné :

*OUI - NON*

* A sortir de l’école accompagné par un autre enfant plus âgé que lui de l’école (cousins, cousines, camarades de classes…).

*Le nom de l’enfant qui l’accompagnera est : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* A sortir de l’école, en l’absence des parents avec les personnes suivantes. Merci d’indiquer le prénom, nom et lien de parenté ou de préciser nourrice, voisin(e), ami(e)… (exemple : Mme Marie Legrand, grand-mère, Mr Dupont beau-père) :
	+ *Personne 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
	+ *Personne 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
	+ *Personne 3 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
	+ *Personne 4 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
	+ *Personne 5 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
1. **Droit à l’image :**

J’autorise l’utilisation des images de mon enfant :

* Pour la presse locale et/ou le bulletin municipal : *OUI - NON*
* Pour le cahier de vie de la classe : *OUI - NON*
* Pour le site internet de l’école (projet à venir) : *OUI - NON*
* Pour la télévision, éventuellement : *OUI - NON*
1. **Facturation**

Je souhaite passer au prélèvement automatique : *OUI - NON*

Si c’est le cas, l’école vous fournira un formulaire d’inscription.

1. **Renseignement médicaux :**

Nom du médecin traitant: ……………….………. Tél : ……………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Renseignements généraux | oui | non | Remarques |
| Contre-indications pour les activités physiques |  |  |  |
| Allergies à certains médicaments |  |  |  |
| Allergies respiratoires |  |  |  |
| Allergies à certains aliments |  |  |  |
| Autres renseignements concernant la santé de l’enfant (médicaments, régimes éventuels…) |  |  |  |

A ……………………………. Le ………………………………….

Signature :

Merci pour votre coopération,

Lionel CORNOU