



Fiche de renseignements

Accueil exceptionnel à l'attention des personnels soignants, des personnels
des forces de sécurité intérieure et des agents territoriaux
(CIAS / CCAS/ Mairie/ Agglo)

- **Enfant**

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :

- **Représentants légaux**

	1	2
Nom		
Prénom		
Numéro de téléphone		
Adresse mail		
Employeur (service / coordonnées)		

- **Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant**

Nom		
Prénom		
Numéro de téléphone		
Qualité		

- **Renseignements médicaux**

- Allergies (préciser) :
- Traitement médicamenteux d'urgence (joindre ordonnance) :
- Port de lunettes, prothèses, autres :
- Médecin traitant (nom et téléphone) :

- **Autorisation d'hospitalisation :**

Je soussigné(e),, représentant légal de l'enfant, autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation) rendue nécessaire par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence.

- **Droit à l'image :**

oui non

En cochant oui, j'autorise le personnel de Mont de Marsan Agglo à photographier, filmer mon enfant mineur et utiliser les images sur les supports de communication de la collectivité (journal, plaquette d'information, sites internet, réseaux sociaux) . Le bénéficiaire de l'autorisation s'engage à exploiter les images conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom.

- **Informations complémentaires :**

.....
.....
.....
.....

- **Fait à, le .../.../.....**

- **Signature(s) :**