

Cette fiche est partagée avec l'équipe éducative dans le cas de voyages scolaires ou en cas d'urgence

INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT L'APPRENANT

NOM _____ Date naissance _____
 Prénom _____ Lieu naissance _____
 Adresse _____ Pays naissance _____
 _____ Tel. portable du jeune _____
 CP _____ Ville : _____ Adresse mail _____

INFORMATIONS RESPONSABLES LEGAUX

PERE	MERE
NOM _____	NOM _____
Prénom _____	Prénom _____
Adresse _____	Adresse _____
_____	_____
CP _____ Ville : _____	CP _____ Ville : _____
Téléphone _____	Téléphone _____
Mail _____	Mail _____

AUTRE SITUATION (préciser le lien) : Famille d'accueil ou FOYER

NOM de la structure ou famille _____ Prénom _____
 Adresse _____ Téléphone _____
 _____ Mail de la structure ou famille _____
 CP _____ Ville : _____

PERSONNES A CONTACTER et AUTORISEES A VENIR CHERCHER l'élève, l'apprenti, l'étudiant, en cas d'indisponibilité des parents

Priorité	Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphone
1			Fixe : _____
			Portable : _____
			Travail : _____
2			Fixe : _____
			Portable : _____
			Travail : _____
3			Fixe : _____
			Portable : _____
			Travail : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX et DECHARGE MEDICALE

Couverture sociale de l'assuré : SECURITE SOCIALE MSA Autre :

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :

N° immatriculation : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Caisse :

Localité :

Je soussigné(e), père, mère ou tuteur, **accorde l'autorisation** à la Direction des MFR de Montluel ou à son remplacement mandaté :

- de faire dispenser tous soins médicaux, pharmaceutiques ou interventions chirurgicales et anesthésie en cas d'urgence à mon enfant, qui seraient rendus nécessaires lors de sa présence soit en MFR, soit au cours des diverses activités ayant rapport avec sa formation.

- de faire transporter mon enfant à l'hôpital dans un véhicule sanitaire.

Je m'engage à me rendre au chevet de mon enfant dès son transfert à l'hôpital et à régler moi-même les honoraires et frais engendrés.

- En cas d'urgence médical la famille ou le foyer sera immédiatement contacté par la MFR. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Autorisation d'intervention d'urgence :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....autorisons l'anesthésie de notre

fil(s)/fil(le)..... Au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A.....le

Signature des parents ou du responsable légal

ALLERGIE - INTERDICTION ALIMENTAIRE

1 -Je signale que les produits suivants sont formellement :

✦ **déconseillés :**

✦ **interdits :**

2- Mon enfant présente une allergie aux aliments suivants : (Certificat médical obligatoire dès le mois de septembre)

3 -Mon enfant a un régime particulier :

Régime alimentaire sans viande

Régime alimentaire sans porc

DROIT A L'IMAGE

Donnez-vous l'autorisation que votre enfant soit photographié (photos de classe, articles de presse, documentations, site internet...) ?

OUI

NON

DECHARGE

Je soussigné(e), père, mère ou tuteur de l'élève
décharge les MFR de Montluel de toute responsabilité lorsque mon enfant arrive avant 9H30 le lundi et part après 16h30 le vendredi
pour l'année scolaire 2021/2022.

TRANSPORT

Je soussigné(e), père, mère ou tuteur de l'élève
autorise le personnel des MFR de Montluel à assurer le transport de mon enfant lors des sorties scolaires pour l'année scolaire
2021/2022

Je m'engage à venir récupérer mon enfant par mes propres moyens :

- en cas d'obligation de départ durant une semaine de formation (suite à une exclusion temporaire ou maladie par exemple)

- En cas d'impossibilité de déplacement et à titre exceptionnel.

1 - J'autorise la MFR à assurer le transport jusqu'à la gare de proximité. Ce transport facturé à la famille sera réalisé uniquement pendant les "horaires de journée" (soit entre 8h00 et 17h30) et sous réserve de disponibilité du personnel des MFR.

Ce transport ne sera effectué qu'après un accord entre les MFR de Montluel et la famille ou le tuteur.

2- Je décharge la MFR de toute responsabilité **après le départ de mon enfant de la MFR.**

P.S. : Pour tout changement, merci de tenir informé le secrétariat des MFR de Montluel

Fait à

Le/...../.....

Signature des parents ou du Responsable Légal :

CADRE RESERVE A LA MFR : NE PAS REMPLIR

Observations :