



association loi 1901 - 16 boulevard de la République - 78440 Porcheville
Tél : 06 06 90 78 78 - bureau@passporcheville.fr - <http://www.passporcheville.fr>
RNA : W781003779 - SIRET : 79025906300028 - APE : 9499Z - SAP790259063

depuis 2013, **PassPorcheville** propose un service pour
accompagner les enfants à l'école

le pédibus



Un pédibus est un groupe d'écoliers accompagné à l'école à pied par des bénévoles. Selon un itinéraire précis, le pédibus récupère les enfants à des arrêts et horaires fixes tout au long de l'année scolaire.

Emprunter PassPédibus, c'est...

Educatif et pédagogique : apprendre aux enfants comment se comporter sans danger dans la rue et les aider à comprendre que la rue est un espace partagé qu'il est dans l'intérêt de tous de garder aussi agréable que possible.

Sympa et convivial : pour les enfants c'est l'occasion de se détendre et d'échanger en route. Pour les parents, c'est une réduction des nombreux trajets quotidiens à réaliser.

Bon pour la santé : aller à l'école à pied contribue à la prévention de l'obésité, permet d'arriver mieux réveillé et d'être plus disponible pour la première leçon.

Sûr et assuré : lorsque plus d'enfants vont à l'école à pied, le trafic automobile diminue et l'accès aux écoles devient plus sûr. De plus, moins il y a de voitures sur les routes, moins il y a de pollution dans l'air.

Economique : les 5 premières minutes, un moteur froid consomme 35% de carburant en plus et use plus vite sa mécanique. PassPédibus, c'est zéro dépense !

PassPédibus, une activité qui « marche » !

Pour profiter de ces nombreux avantages, rejoignez ce mouvement **éco-citoyen** en remplissant un dossier d'inscription par enfant

Nom et prénom de l'enfant : _____

Pour tout renseignement, contactez-nous au **06 06 90 78 78**

Inscription/Autorisation PassPédibus « Enfant & Parent » Année scolaire 2019/2020

Je soussigné(e) _____ agissant

en qualité de mère , père , tuteur , autre précisez : _____

adresse complète, code postal et ville : _____

téléphones domicile : _____ mobile : _____ bureau : _____

e-mail : _____

INSCRIT MON ENFANT A PASSPEDIBUS

Nom et prénom de l'enfant : _____

école : _____ classe : _____ enseignant(e) : _____

AUTORISE MON ENFANT A EMPRUNTER PASSPEDIBUS AFIN DE SE RENDRE A L'ECOLE LES MATINS SUIVANTS (cocher les jours souhaités)

lundi

mardi

jeudi

vendredi

J'ACCOMPAGNERAI PASSPEDIBUS SUR LA LIGNE EMPRUNTEE PAR MON ENFANT SELON LES DISPONIBILITES SUIVANTES : (la ligne de bus est définie en fonction du lieu d'habitation de l'enfant inscrit)

lundi <input type="checkbox"/>	mardi <input type="checkbox"/>	jeudi <input type="checkbox"/>	vendredi <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/> précisez : _____ _____	<input type="checkbox"/> jamais tarif : 0.25 € par trajet et par enfant
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--	---

J'atteste être assuré(e) en responsabilité civile pour mon enfant et moi-même et je fournis la copie de l'attestation correspondante en vigueur.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement PassPedibus en vigueur (disponible sur www.passporcheville.fr rubrique PassPédibus) et je m'engage à le respecter.

Je reconnais avoir expliqué les consignes de PassPédibus à mon enfant et je m'engage à ce que celui-ci les respecte lors de chaque trajet.

J'autorise PassPorcheville à transmettre une copie de cette autorisation à la direction de l'école concernée.

J'autorise PassPorcheville à photographier ou à filmer mon enfant et moi-même dans le cadre des activités de l'association et à publier les photos ou les vidéos prises sur tout support (papier, CD, Internet, ...) uniquement utilisées pour les besoins de l'association. oui non

DATE :

SIGNATURE :

PassPorcheville vous contactera pour vous confirmer votre inscription.

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatisé et seront destinées uniquement à l'association.
Conformément aux articles 39 et suivants de la loi N° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser une demande écrite au président de l'association.

Fiche Sanitaire Année scolaire 2019/2020

Nom de l'enfant : _____

prénom de l'enfant : _____

date de naissance de l'enfant : _____

GARCON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	DATES	VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq			
BCG			

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, précisez lequel : _____

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

- Votre enfant a-t-il les allergies suivantes ?

asthme OUI NON médicamenteuses OUI NON

alimentaires OUI NON autres : _____

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Merci de préciser les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, ...) en précisant les précautions à prendre :

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il ?

- des lentilles : OUI NON
- des lunettes : OUI NON
- des prothèses : OUI NON
- des appareils dentaires : OUI NON
- autres, précisez : _____

Merci d'indiquer ci-après toutes recommandations jugées utiles pour la sécurité de votre enfant ?

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ prénom : _____

adresse complète, code postal et ville : _____

téléphones domicile : _____ mobile : _____ bureau : _____

médecin traitant - nom : _____ téléphone : _____

n° de Sécurité Sociale : _____

**Je soussigné(e), _____
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise
PassPorcheville à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention
chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.**

Date:

Signature :