

GARDERIE PERISCOLAIRE D'AUTOUILLET ET/OU C.L.S.H.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2015/2016

Nom de l'enfant :
Date de naissance :
Classe :

N° d'allocataire C.A.F.

PARENTS :

Nom du Père :	Prénom
Adresse :	Responsable légal : oui non

Adresse mail :
Tél domicile :
Tél bureau :
Tél portable :

Nom de la mère :	Prénom
Adresse :	Responsable légal : oui non

Adresse mail :
Tél domicile :
Tél bureau :
Tél portable :

Nom du médecin traitant :	Téléphone :
(Remarques concernant la santé de l'enfant : (traitement, allergies, asthme, etc...))	

Je soussignée (nom, prénom) :
AUTORISE les animateurs, en cas d'urgence, à prendre toutes les décisions
nécessaires concernant l'hospitalisation de mon enfant (nom, prénom) :

Personnes à joindre en cas d'urgence :	
Nom, prénom :	Téléphone :

Signature du Père	Signature de la mère :
-------------------	------------------------