

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2016/2017

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 :