

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

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019

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 :