

NOM de l'enfant : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : / / Age : École Fréquentée :

Périodes de PRÉSENCE DE L'ENFANT

L'enfant sera confié à la responsable :

Jour de la semaine	Période	
	Matin	Soir
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

Occasionnellement

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Groupe sanguin : L'enfant est-il hémophile : OUI - NON

Est-il sujet à des malaises particuliers : OUI - NON

Si OUI, lesquels ?

L'enfant a - t - il des contre-indications alimentaires ou physiques : OUI - NON

Si OUI lesquelles ?

L'enfant a - t - il des allergies : OUI - NON

Si OUI lesquelles ?

Renseignements concernant la famille

NOM du représentant légal : Prénom :

Adresse : (si différente de l'enfant).....

☎ Téléphone : / / / / ☎ Portable père : / / / / Adresse mail :

☎ Portable mère : / / / /

Nombre de frères et sœurs :

	Nom Prénom	Employeur	Adresse lieu de travail	☎ professionnel
Père (ou tuteur)				
Mère (ou tutrice)				

Renseignements administratifs (très important)

Numéro de Sécurité Sociale de l'enfant							
--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'allocataire C A F	
----------------------------	--

Nom et adresse de la Caisse d'Allocations Familiales :

OBSERVATIONS :

Personnes habilitées en cas d'absence des parents

En cas d'urgence ou à l'heure de la fermeture de la garderie, et en l'absence d'un des deux parents, j'autorise la personne responsable de l'accueil périscolaire à confier mon enfant à * :

Nom - Prénom	Adresse	Téléphone
1)		
2)		
3)		

* Les personnes indiquées devront être impérativement majeures

* Seules les personnes indiquées ci-dessus seront autorisées à venir chercher l'enfant

Accident

En cas d'accident l'enfant sera dirigé par ambulance (SMUR-Pompiers) :

 | vers l'hôpital Général de MORLAIX | vers la Clinique de la Baie

Nom et téléphone du médecin traitant :

Inscription et décharge

Ayant pris connaissance du fonctionnement du service d'accueil, je soussigné (e) :

Nom Prénom

Responsables légal de l'enfant : Nom Prénom

- 1) m'engage à inscrire mon enfant à la garderie suivant le tableau de présence (au recto de l'imprimé).
- 2) autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées.
- 3) m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- 4) certifie exacts les renseignements portés sur les fiches.

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Fait à Plourin-lès-Morlaix le,