

ENFANT	
NOM - Prénom : Adresse :	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Date et Lieu de Naissance : .. /.. /.... à (...)	Classe fréquentée :

RESPONSABLES LEGAUX	
Père	Mère
NOM : Prénom : Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Tél. Domicile : Tél. Portable : Tél. Pro. : E-mail :	NOM (de jeune fille et d'usage) : Prénom : Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Tél. Domicile : Tél. Portable : Tél. Pro. : E-mail :
Profession : Lieu de travail :	Profession : Lieu de travail :
Situation de famille : Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/>	
Autre responsable légal	
NOM : Prénom : Adresse : Lien avec l'enfant : Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Tél. Domicile : Tél. Portable : Tél. Pro. : E-mail : Remarques diverses :	
Autres personnes à contacter	
NOM - Prénom : N° Tél. : Lien de parenté : NOM - Prénom : N° Tél. : Lien de parenté : NOM - Prénom : N° Tél. : Lien de parenté :	

Compagnie d'Assurance : N° Police :

EN CAS D'ACCIDENT ou D'INDISPOSITION GRAVE	
Votre enfant est-il concerné par un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Merci de joindre l'ordonnance du médecin ainsi que le (ou les) médicaments.	
Allergies alimentaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquelles :	
Médecin traitant : Docteur Tél. :	
Port de lunettes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, doit-il les porter en permanence ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (appel d'un médecin, urgences, hospitalisation, intervention) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Dans le cas où l'enfant fait l'objet d'un PAI, les modalités définies avec l'école s'appliqueront.	

Autorisez-vous la commune à photographier votre enfant pendant les temps périscolaires et à utiliser ces photographies sur des supports de communication ? OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux sorties pendant le temps cantine OUI NON

SORTIE de la GARDERIE du Soir - Personnes autorisées à venir chercher votre enfant	
NOM - Prénom :	N° Tél. : Lien de parenté :
NOM - Prénom :	N° Tél. : Lien de parenté :
NOM - Prénom :	N° Tél. : Lien de parenté :

Fait à : Le : /... /.... Signature(s) du responsable(s)