



C H O N A S L ' A M B A L L A N

## ACCUEIL PERISCOLAIRE, GARDERIE ET RESTAURATION SCOLAIRE

### **ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

CLASSE : .....

### **RESPONSABLES LEGAUX**

RESPONSABLE LEGAL : Père - Mère - Tuteur

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

ADRESSE MAIL : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : .....

TELEPHONE PROFESSIONNEL : .....

N° ALLOCATAIRE CAF : ..... QUOTIENT FAMILIAL (joindre attestation) : .....

Facturer à cette adresse

AUTRE RESPONSABLE LEGAL : Père - Mère - Tuteur

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

ADRESSE MAIL : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : .....

TELEPHONE PROFESSIONNEL : .....

N° ALLOCATAIRE CAF : ..... QUOTIENT FAMILIAL (joindre attestation) : .....

Facturer à cette adresse



## CHONAS L'AMBALLAN

### PERSONNES AUTORISEES

Nous autorisons les personnes suivantes à venir récupérer notre enfant :

Nom et Prénom	N° de téléphone

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

MEDECIN : ..... TEL MEDECIN : .....

GROUPE SANGUIN : ..... DERNIER VACCIN TETANOS : .....

AUTRES : .....

EVENTUELS PROBLEMES MEDICAUX (allergies alimentaires, médicamenteuses, asthme...) : .....

.....

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom et Prénom	N° de téléphone

### ASSURANCE

COMPAGNIE : ..... N° POLICE : .....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur des services fréquentés par mon enfant, disponible sur le portail famille.

SIGNATURE