



## CANTINE - GARDERIE

Tél. 04 92 61 06 82

E-mail : garderiecantine@gmail.com

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017/2018

PHOTO

### RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... âge : .....

École fréquentée : ..... Classe : .....

N° allocataire CAF/MSA : .....

N° sécurité sociale : .....

### RENSEIGNEMENTS DES REPRESENTANTS LEGAUX

Nom, prénom (mère/père/tuteur) : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone personnel (domicile) : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : .....

Adresse mail : .....

Employeur : .....

Nom, prénom (mère/père/tuteur) : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone personnel (domicile) : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : .....

Adresse mail : .....

Employeur : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX – VACCINATIONS AUTRES INFORMATIONS

Port de lunettes  oui  non

Port d'appareil auditif  oui  non

Port d'appareil dentaire  oui  non Régime

alimentaire particulier : .....

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) fournir une copie

Motif : .....

Suivi :  CMPI  CAMPS  CENTRE DE JOUR

Autres : .....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

Nom et prénom des personnes à prévenir en cas d'urgence : (autres que les parents)

M., Mme : ..... Tel : .....

M., Mme : ..... Tel : .....

**Vos recommandations pour mieux accompagner votre enfant (antécédents médicaux, chirurgicaux, pathologie chronique ou autre information qui vous semble importante !)**

### AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à être transporté(e) dans le véhicule de service (minibus) pour se rendre sur le lieu de l'activité.  
 OUI  NON

- J'autorise la prise de photos de mon enfant dans le cadre des activités péri et extrascolaires  
 OUI  NON

J'autorise la diffusion des photos sur les médias  OUI  NON réseaux sociaux  OUI  NON

J'autorise la diffusion sur tirage papier  OUI  NON

J'autorise mon enfant à partir: Seul :  OUI  NON

o Avec M., Mme : ..... Tel :

o Avec M., Mme : ..... Tel :

o Avec M., Mme : ..... Tel :

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Mairie de Salignac à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins, hospitalisations) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature du responsable légal :

Documents à fournir

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Photo d'identité récente (moins d'un an)        | <input type="checkbox"/> Assurance extrascolaire en cours de validité               |
| <input type="checkbox"/> Copie des vaccinations (carnet de santé)        | <input type="checkbox"/> Assurance responsabilité civile en cours de validité       |
| <input type="checkbox"/> Copie du livret de famille                      | <input type="checkbox"/> Copie de la carte d'identité des responsables légaux       |
| <input type="checkbox"/> Bon d'Aide au Temps Libre (CAF) si bénéficiaire | <input type="checkbox"/> Copie de l'autorité parentale et du jugement si nécessaire |