



PHOTO

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

NOM : _____ Sexe : M F

Prénom(s) : _____/_____/_____

Né(e) le : ____/____/_____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère :

Autorité parentale : Oui Non

NOM de jeune fille : _____

NOM marital (nom d'usage) : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune _____

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Courriel : _____

Père :

Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non

Lien avec l'enfant : _____

Adresse :

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

Téléphone portable : _____

Courriel : _____

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

1. NOM : _____

Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse :

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

2. NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse :

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

3. NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse :

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE « Autorisation parentale »

Je soussigné(e) autorise l'équipe pédagogique à prendre en cas d'urgence, toutes les dispositions nécessaires (soins divers, décision de transport, hospitalisation ou intervention chirurgicale) jugées indispensables par le médecin appelé en raison de l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation est valable sous réserve d'être informé(e) dans les plus brefs délais et restée sans réponse.

Numéro à joindre en cas d'urgence, sur portable :

Sur fixe :

Autre :

Fait le : à Signature :