



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR  
CANTINE - GARDERIE  
Année 2023 – 2024**

Niveau : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

**ÉLÈVE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LÉGAUX**

Mère Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui   
Non

Nom marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Etes-vous destinataire de la facture ? : OUI - NON (rayer la mention inutile).

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Père Autorité parentale : Oui   
Non

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Etes-vous destinataire de la facture ? : OUI - NON (rayer la mention inutile).

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE**

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 : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

**Allergie de l'enfant** : .....

Le service n'est pas autorisé à administrer des médicaments sauf si un Projet d'Accord Individualisé (P.A.I) le prévoit. Ce P.A.I. est établi en concertation avec le médecin scolaire à partir des prescriptions délivrées par le médecin ou l'allergologue.

**Droit à l'image** :

J'autorise mon enfant à être photographié lors des diverses activités et à paraître sur le journal communal :

**OUI - NON** (rayer la mention inutile).

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : \_\_\_\_\_ Signature de la mère : \_\_\_\_\_ Signature du père : \_\_\_\_\_