

Fiche de renseignements médicaux pour la GARDERIE

Nom et Prénom des parents ou responsables légaux _____

Nom et prénom de l'enfant _____ classe _____

1- Informations sur la santé

Votre enfant porte t'il des lentilles , des lunettes, de prothèses auditives , des prothèses dentaires , etc. ...etc..

Précisez : _____

Votre enfant est-il à jour dans ses vaccinations ? OUI NON

Nom du médecin traitant _____

Coordonnées du médecin _____

PERSONNE AUTRE QUE LE PARENT À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

✂ Nom : _____ Lien avec l'enfant : _____

✂ Adresse complète : _____

✂ No. de téléphone : _____

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI ? (à préciser) _____

Je soussigné(e) _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille et autorise les responsables de la garderie à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature du ou des représentant(s) légal / Légaux

Fiche à remplir et à rendre

Merci

FICHE D'INSCRIPTION A LA GARDERIE année scolaire 2018/2019 (une par enfant)

Nom et prénom de l'enfant : _____

Adresse de l'enfant : _____ Code Postal : _____

Village de résidence : _____

Ecole et classe fréquentée : _____

	MERE	PERE
Nom		
Prénom		
Adresse domicile		
Code postal		
Village		
Adresse mail		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Profession		
Téléphone bureau		
N° d'assuré social		
- Régime général	_____	_____
- Autre régime	_____	_____
N° allocataire CAF		
Nom et N° assurance civile		

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE OU LES ENFANTS

NOM /Pénom	Qualité	Adresse	Tel Port	Tel fixe

Autorité parentale (entourer la réponse)

Mère et père conjointement : Mère / Père / Autres à préciser :

Je certifie/ nous certifions l'exactitude des informations apportées dans le document ci-dessus.

Date et signature des parents ou du responsable légal

<p>Fiche à remplir et à rendre</p> <p>Merci</p>
