



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS GARDERIE 2020/2021

ENFANT								
NOM :	Prénom(s) :			Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Né(e) le : ..../..../.....	Lieu de naissance (commune et département) :							
Classe :	PS	MS	GS	CP	CE1	CE2	CM1	CM2

FOYER		
Lien de parenté :	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
NOM :	Tél Portable :	
Prénom :	Tél Travail :	
Adresse :	Tél Fixe :	
Code postal :	Commune :	Mail :
Profession :	Adresse de l'employeur :	
Né(e) le : ..../..../.....	Lieu de naissance (commune et département) :	
Lien de parenté :	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
NOM :	Tél Portable :	
Prénom :	Tél Travail :	
Adresse :	Tél Fixe :	
Code postal :	Commune :	Mail :
Profession :	Adresse de l'employeur :	
Né(e) le : ..../..../.....	Lieu de naissance (commune et département) :	
Situation du Foyer : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)		

AUTORISATIONS	
Mode de garde (uniquement si parents séparés) :	<input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Alternée Rythme :
J'autorise mon enfant à partir seul (à partir de 7 ans) si besoin :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation...) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT		
NOM :	Lien de parenté :	Tél :
NOM :	Lien de parenté :	Tél :
NOM :	Lien de parenté :	Tél :
NOM :	Lien de parenté :	Tél :
NOM :	Lien de parenté :	Tél :
NOM :	Lien de parenté :	Tél :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES & ASSURANCES	
Nom du médecin traitant :	Tél :
L'enfant a-t-il des problèmes médicaux :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, le(s)quel(s) :	
Consignes particulières concernant l'enfant :	
N° Sécurité Sociale :	N° Allocataire CAF :
Assureur Responsabilité Civile :	Réf Contrat :
Nom Mutuelle :	Réf Contrat :

La garderie ferme ses portes à 19h00 précises.  
Merci de prendre vos dispositions afin de respecter cet horaire.