



Garderie "Les Petites Mains"

20 Rue du Vieux Moulin

02 96 34 77 78

2024 / 2025

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Adresse d'habitation :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable Légal 1

Responsable Légal 2

Nom / Prénom

Lien avec l'enfant

Adresse

Tél.perso

Tél. travail

Tél. portable

Mail

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à partir de ..h.. Oui Non

Autorise la ou les personnes ci-dessous à récupérer mon enfant à la garderie ou à prévenir en cas de problème

1^{ère} personne

2^{ème} personne

Nom / Prénom

Adresse

Tél.perso

Tél. travail

Tél. portable

FREQUENTATION DE LA GARDERIE

Mon enfant fréquentera la garderie le :

(à titre indicatif)

lundi

matin

soir

mardi

matin

soir

jeudi

matin

soir

vendredi

matin

soir

AUTORISATION DE SOINS

Nous donnons l'autorisation de pratiquer, à notre enfant, tous les examens nécessaires, de mettre en place toutes les thérapies jugées utiles, de pratiquer toute intervention chirurgicale et anesthésie, voire de transférer vers un centre spécialisé si le cas l'exige.

Documents à fournir

- Attestation assurance Responsabilité Civile
- Copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

Précisons à connaître (allergies, garde alternée éventuelle, ...)

Allergie(s) connue(s) :

Autres observations :

PJ : Autorisation de prise de vue et de diffusion à compléter

A le

Signature :