



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
<input type="text"/>	Nom / Prénom	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Lien avec l'enfant	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Tél.perso	<input type="text"/>
	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 <sup>ère</sup> personne		2 <sup>ème</sup> personne
<input type="text"/>	Nom / Prénom	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Tél.perso	<input type="text"/>
	Tél. travail	
	Tél. portable	

FREQUENTATION DE LA GARDERIE

Mon enfant fréquentera la garderie le : (à titre indicatif)

}	lundi	matin <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>
	mardi	matin <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>
	jeudi	matin <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>
	vendredi	matin <input type="checkbox"/>	soir <input type="checkbox"/>

AUTORISATION DE SOINS

Nous donnons l'autorisation de pratiquer, à notre enfant, tous les examens nécessaires, de mettre en place toutes les thérapeutiques 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 :