

RESTAURANT ET GARDERIE SCOLAIRES COMMUNAUX

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom : Prénom : Date naissance
Nom : Prénom : Date naissance
Nom : Prénom : Date naissance

PARENTS

Numéro CAF : *(nécessaire à la trésorerie de Ruelle)*
Adresse et téléphone du père et de la mère *(si différents)* attention au moins un numéro d'une personne joignable doit être indiqué

	ADRESSE	TELEPHONE
Père		Domicile
		Travail
		Portable
Mère		Domicile
		Travail
		Portale

DECLARATION :

En cas de malaise ou d'accident, je vous demande de faire appel de préférence au Docteur : à Tel :
Si empêchement ou impossibilité, il sera fait appel au cabinet du Docteur à BOUEX
En cas d'accident plus grave, je vous prie de faire transporter mon enfant, par ordre de préférence :

- 1.
- 2.

En cas d'intervention d'urgence, j'autorise la ou les personnes responsables à prendre toutes les mesures nécessaires

Je m'engage à signaler par écrit tout changement modifiant les indications portées sur cette fiche

A :
Signature du père

le :
Signature de la mère