



FICHE DE RENSEIGNEMENTS pour la garderie

Merci de retourner cette
fiche au plus vite à la
Mairie de Hénansal
(renseignements
strictement
confidentiels)

FAMILLE:

-N° de sécurité sociale: ou N° MSA

-N° Allocataire CAF:

LES ENFANTS

Enfant	NOM	Prénom	Classe
1er	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2ème	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3ème	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4ème	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LES PARENTS

	Père	Mère
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coordonnées employeur (adresse et tel)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Personnes habilitées à récupérer les enfants aux heures de repas et/ou aux heures de garderie:

NOM	PRÉNOM	TEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

→ Nom et tél du médecin traitant:

→ En cas d'accident, dans quel établissement de soins souhaitez-vous que vos enfants soient conduits:

Hôpital: Clinique:

(En cas d'urgence le SAMU se dirige obligatoirement vers Yves LE FOLL)

→ Vos enfants souffrent-ils d'allergies? OUI NON

Si oui:

Nom et prénom de l'enfant	Nature de l'allergie	Aliments interdits
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature des parents