



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