

Autorisation EN CAS D'URGENCE

Le soussigné(e) (père/mère ou tuteur) :

autorise à faire soigner Johanna , à faire pratiquer toute intervention d'urgence.

En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital/ CHU ROUEN
par les services de secours (pompiers, SAMU).

Le : / /

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2

AUTORISATIONS

- J'autorise à faire figurer mon enfant en photo sur le site internet et/ou les publications de la commune oui non
- Je décharge le responsable de la structure de toute responsabilité dès le départ de mon enfant.
- Le soussigné(e) père/mère ou tuteur, m'engage à prendre connaissance du règlement intérieur et à régler, à chaque échéance, le montant des prestations dont les tarifs ont été fixés par le Conseil Municipal.

■ Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler par lettre manuscrite (ou mail) tout changement au secrétariat de mairie.

Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"

Le : / /

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2



Commune de QUÉREVILLE-LA-POTERIE
mairie@quereville.fr

02-35-79-15-50

SERVICES PÉRICOLAIRES
CANTINE-GARDERIE

Cadre réservé à la mairie

Dossier N°

Enregistré le :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année 2023/2024

L'ENFANT

Nom/Prénom : Sexe : M F Classe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

SES RESPONSABLES LÉGAUX

■ Représentant légal 1 : Père Mère Autre (préciser) :

Nom / Prénom :

situation familiale : marié(e) passé(e) vie maritale veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Mail :

Profession :

■ Représentant légal 2 : Père Mère Autre (préciser) :

Nom / Prénom :

situation familiale : marié(e) passé(e) vie maritale veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Mail :

Profession :

► En cas de divorce ou de séparation, indiquez la résidence principale de l'enfant :
Représentant 1 Représentant 2 Garde alternée

*Gardeur obligatoirement le jugement ou, à défaut, une attestation sur l'honneur avant de fournir la décision du Tribunal au service de l'Éducation)

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

MÈRE Nom et Prénom : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

PÈRE Nom et Prénom : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

AUTRES : ASSISTANTE MATERNELLE

Nom et Prénom : [REDACTED]

lien avec l'enfant : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Nom et Prénom : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

lien avec l'enfant : [REDACTED]

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e) (père/mère ou tuteur) [REDACTED] autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant régulièrement ou en cas d'empêchement. (une pièce d'identité sera demandée).

Nom/Prénom : [REDACTED]

lien avec l'enfant : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

Nom/Prénom : [REDACTED]

lien avec l'enfant : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

Nom/Prénom : [REDACTED]

lien avec l'enfant : [REDACTED]

Téléphone : -

Adresse : [REDACTED]

Si la personne autorisée à venir chercher votre enfant est mineure (frère/soeur...) veuillez nous transmettre une déclaration correspondante, tel que prévu dans le règlement intérieur.

FRÈRES/ SOEURS

Nom/ Prénom : [REDACTED]

Classe : [REDACTED]

Nom / Prénom : [REDACTED]

Classe : [REDACTED]

Nom / Prénom : [REDACTED]

Classe : [REDACTED]

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Médecin traitant : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Dernier rappel antitétanique le : [REDACTED]

■ Allergies alimentaires : non oui (préciser)

[REDACTED]

■ Restauration scolaire : traditionnelle sans porc

Régime alimentaire spécial : non oui (préciser)

[REDACTED]

■ Autres allergies : non oui (préciser)

■ Traitement en cours : non oui (préciser)

(ATTENTION! aucun médicament ne pourra être délivré par le personnel communal)

■ Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) non oui

■ Remarques éventuelles (santé, port de lunettes...):

[REDACTED]

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Compagnie d'Assurance : [REDACTED]

N° de police : [REDACTED]

(Merci de fournir une attestation ou une copie)