

Autorisation EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) (père/mère ou tuteur) : _____
autorise à faire soigner _____, à faire pratiquer toute intervention d'urgence.
En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital/ _____
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.
- Je 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 PÉRISCOLAIRES
CANTINE-GARDERIE

Cadre réservé à la mairie

Dossier N°

Enregistré le :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année 2024/2025

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) pacsé(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) pacsé(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

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

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

MÈRE Nom et Prénom :
Téléphone :

PÈRE Nom et Prénom :
Téléphone :

AUTRES : ASSISTANTE MATERNELLE

Nom et Prénom : lien avec l'enfant :
Téléphone :

Nom et Prénom :
Téléphone : lien avec l'enfant :

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

Je soussigné(e) (père/mère ou tuteur)
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 : lien avec l'enfant :
Téléphone :
Adresse :

Nom/Prénom : lien avec l'enfant :
Téléphone :
Adresse :

Nom/Prénom : lien avec l'enfant :
Téléphone : -
Adresse :

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

FRÈRES/ SOEURS

Nom/ Prénom : Classe :
Nom / Prénom : Classe :
Nom / Prénom : Classe :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Dernier rappel antitétanique le :

■ Allergies alimentaires : non oui (préciser)

■ Restauration scolaire : traditionnelle sans porc

Régime alimentaire spécial : non oui (préciser)

■ 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...) :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Compagnie d'Assurance :

N° de police :

(Merci de fournir une attestation ou une copie)