

## 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/la clinique \_\_\_\_\_  
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 QUÉVREVILLE-LA-POTERIE

mairie@quevreville.fr

02-35-79-15-50

SERVICES PÉRISCOLAIRES  
CANTINE-GARDERIE

Cadre réservé à la mairie

Dossier N°

Enregistré le :

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année 2022/2023

## 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 : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

PÈRE Nom et Prénom : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

### AUTRES :

Nom et Prénom : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED] lien avec l'enfant : [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 : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

Nom/Prénom : [REDACTED] lien avec l'enfant : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

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 : [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]  
[REDACTED]

■ Restauration scolaire : traditionnelle sans porc  
Régime alimentaire spécial : non oui (préciser)

[REDACTED]  
[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]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Compagnie d'Assurance : [REDACTED]

N° de police : [REDACTED]

(Merci de fournir une attestation ou une copie)