**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS - ANNÉE 2024-2025**

**CANTINE - GARDERIE - ÉCOLE DE PARENT**

ENFANT **:**

 **Nom / Prénom : ……………………………… Date de Naissance :………………………**

 **Classe :………..**

PARENTS **:**

**□ Père □ Conjoint □ Tuteur □ Mère □ Conjoint □ Tuteur**

Nom : ………………………………………. Nom : ……………………………………………

Prénom : …………………………………… Prénom : ………………………………………...

Adresse : ………………………………........ Adresse : ………………………………………..

……………………………………………… …………………………………………………..

Tél. fixe : …………………………………… Tél. fixe : ……………………………….............

Tél. mob. : …………………………………. Tél. mob. : ………………………………………

Mail : ……………………………………….. Mail : ……………………………………………

Parents et personnes majeures autorisées à être prévenues en cas d’urgence ou autorisées à venir chercher l’enfant :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRÉNOM** | **Tél. fixe** | **Tél. portable** | **Lien avec l’enfant****(parents, grands parents, autres)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Nom du Médecin traitant :……………………….TÉL :………………………………….

Hôpital ou Clinique privilégié :…………………………………………………………….

**ALLERGIES, TRAITEMENTS EN COURS AVEC PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.),**

**REGIMES (sans porc …)**

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

**AUTORISATION DES PARENTS** :

Madame, Monsieur :………………………………………………………………..

Autorise le personnel de la cantine-garderie à prendre toutes mesures en cas d’urgence (traitements, hospitalisation et interventions chirurgicales) qui peuvent être reconnues médicalement nécessaires à l’état de santé de mon enfant :……………………….……

**Assurance :**

Le responsable légal déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile :

Je certifie sur l’honneur l’exactitude de tous les renseignements figurant sur la fiche de renseignements individuelle.

A PARENT, le ………

**Signatures :**

**Du Père De la Mère**