

GARDERIE PERISCOLAIRE

GROUPE SCOLAIRE PREVOST – FREINET

RENSEIGNEMENTS et AUTORISATIONS

ENFANT(S)			
<i>Lister uniquement les enfants qui utiliseront le service</i>			
NOM	PRENOM	ECOLE / CLASSE	
LE RESPONSABLE LEGAL			
Nom /Prénom Adresse du responsable : Code postal : Ville : Courriel :@ Téléphone principal :			
PERSONNES AUTORISÉES A RECHERCHER ET EMMENER LE(S) ENFANT(S) OU A CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
IDENTIFICATION	Nom Prénom	QUALITE <i>Mère, Père, Beau-père, Belle-Mère, Tuteur(trice), Autre situation</i>	TELEPHONE(S)
Responsable légal 1			
Responsable légal 2			
<i>Autre</i>			
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (problèmes de santé, allergies, activités sportives,)			
.....			
Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise tout médecin à pratiquer toute intervention ou traitement nécessité par l'état de santé de mon ou mes enfant(s). Je suis informé(e) que mes données contenues dans ce formulaire font l'objet d'archives et fichiers informatiques municipaux et m'engage à la mise à jour de ce document dès que nécessaire.			
Fait à Villers-Ecalles, le / /		Signature :	