



Communauté de Communes MEUSE ROGNON

Fiche de renseignements par enfant

Ecole : ANDELOT

Année scolaire 2018-2019

Document à rendre à Mme CAVALERA Emilie

Nom et Prénom de l'enfant : Classe :

Date de naissance : .../.../..... Adresse :

Responsables légaux :

Nom, Prénom du père ou du responsable légal :

N° de téléphone : N° Professionnel :

Adresse perso :

Adresse pro :

Mail :@

Nom, Prénom de la mère ou du responsable légal :

N° de téléphone : N° Professionnel :

Adresse perso :

Adresse pro :

Mail :@

En cas d'urgence :

Coordonnées des autres personnes majeures à prévenir, ou autorisées à récupérer l'enfant, si le représentant légal ne peut être joint :

Nom, Prénoms : N° de téléphone :

Nom, Prénoms : N° de téléphone :

Nom, Prénoms : N° de téléphone :

Informations médicales :

Médecin traitant :

Téléphone :

Centre hospitalier où doit être conduit l'enfant si besoin :

Observations particulières (traitement médical, port de lunettes, prothèses dentaires, asthme, allergies....) :

.....

.....

Le droit à l'image :

Dans le cadre de nos activités, des photographies ou des vidéos peuvent être prises par l'équipe d'encadrement en vue de promouvoir les activités. Nous sollicitons donc votre autorisation pour les diffuser dans les locaux, dans la presse ou sur des flyers de présentation.

J'autorise

Je n'autorise pas



Inscription cantine (4€ le repas, tarif unique) : OUI NON

Inscription annuelle obligatoire toute l'année scolaire.
Les jours suivants : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Veillez indiquer ci-dessous le régime alimentaire, les allergies ou autre de votre enfant :

.....
.....
.....

ATTENTION : Les aliments que votre enfant ne peut pas manger ne seront pas remplacés lors du repas, sauf mise en place d'un PAI.

Facturation : Père Mère Représentant légal Nom :

Facturation alternée

Si facturation alternée, précisez (semaines paires, impaires, un mois sur deux...) :

.....

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à, le

Signature(s) du ou des représentant(s) légaux :