

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT

Responsable
Nom et prénom :
Adresse :
Tél. domicile :
Tél. portable :
Tél. travail :
E-mail :

Responsable
Nom et prénom :
Adresse :
Tél. domicile :
Tél. portable :
Tél. travail :
E-mail :

FACTURATION

Les factures seront envoyées par courrier à un seul responsable.

Merci de choisir :

Mère Père

Adresse à préciser si différente de l'adresse ci-dessus:

Renseignements complémentaires concernant le responsable destinataire des factures:

Numéro de sécurité sociale :
Numéro CAF : Numéro MSA : (Barrer la mention inutile)
ou autre (précisez) :

Pour le règlement des factures mensuelles, il est possible de payer par prélèvement automatique.
Dans ce cas, merci de se présenter à l'accueil de la Mairie avec un relevé d'identité bancaire pour signer l'autorisation de prélèvement.

AUTORISATION DE SORTIE

Autorisez-vous votre enfant à quitter seul la structure ?

	OUI	NON	Si oui, préciser horaires
Garderie *			
Etude surveillée *			
TAP *			
Accueil de Loisirs Enfance			
Animation Jeunesse			

*Pour les élèves du Chêne Centenaire

Assurance responsabilité civile et dommages corporels obligatoire:

Nom de la compagnie :
N° de contrat :
Expire le :

Merci de prévenir Mme Stéphanie Gouba au 06.09.42.17.60 ou à l'adresse mail animationjeunesse@nouvoitou.fr, en cas de changement de situation, de coordonnées...

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM :
Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :
Date et lieu de naissance :
Numéro de sécurité sociale :
Médecin traitant : Numéro de téléphone :
Taille : Poids : (Renseignements nécessaires en cas d'urgence médicale)

- Si l'enfant n'a pas effectué les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical ou contre-indication

- Y-a-t-il un Protocole Accueil Individualisé (PAI) pour votre enfant ? OUI NON

(Si votre enfant n'est pas scolarisé à Nouvoitou, merci de contacter le service que fréquente votre enfant afin que les responsables aient connaissance du protocole du PAI)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON Précisez :

- A-t-il des allergies connues ? OUI NON

Si oui description succincte et conduite à tenir :

- Recommandations utiles :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, diabolos, prothèses (dentaires, auditives...) ? Précisez :

Personne à prévenir en priorité en cas d'incident:
Numéro de téléphone:

Autres personnes à prévenir pour venir chercher l'enfant ou le jeune :

Personne(s) autorisée(s) à récupérer votre enfant			Cocher le(s) service(s) concerné(s) par cette autorisation				
NOM et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Garderie *	Etude surveillée *	TAP *	Accueil de Loisirs	Animation Jeunesse

*Pour les élèves du Chêne Centenaire

