

Année Scolaire 2017 / 2018

COORDONNEES FAMILLES

ASSOCIATION 1 2 3 SOLEIL



ACTIVITES PERISCOLAIRES MAIRIE

ACTIVITES SOU DES ECOLES

NOM :

Téléphone des personnes à contacter :

Mère :

Père :

1^{er} enfant Classe :

Prénom :

2^{ème} enfant Classe :

Prénom :

3^{ème} enfant Classe :

Prénom :

Assistante maternelle

Nom :

Téléphone :

Questions, suggestions, remarques :

--

AUTORISATION 2017 / 2018

ASSOCIATION 1 2 3 SOLEIL



ACTIVITES PERISCOLAIRES MAIRIE

ACTIVITES SOU DES ECOLES

Je soussigné(e) :

Représentant(e) légal(e) de l'enfant ou des enfants :

Né(e) le :

Né(e) le :

Né(e) le :

autorise les personnes désignées ci-dessous à venir le chercher dans les cas où cela me serait impossible.

Nom & prénom

Téléphone

**J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur,
certifie que la garderie ne sera sollicitée que les jours où les deux parents
travaillent,
et donne mon accord.**

Nom :

Signature :

Date :

Année Scolaire 2017 / 2018

FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

	ASSOCIATION 1 2 3 SOLEIL
	ACTIVITES PERISCOLAIRES MAIRIE
	ACTIVITES SOU DES ECOLES



Nom :		Adresse :			
1^{er} enfant		2^{ème} enfant		3^{ème} enfant	
Prénom de l'enfant :		Prénom de l'enfant :		Prénom de l'enfant :	
Nom, prénom de la mère :		Si différent, Nom, prénom de la mère :		Si différent, Nom, prénom de la mère :	
Adresse complète (si différente de celle ci-dessus) :		Adresse complète (si différente de celle ci-dessus) :		Adresse complète (si différente de celle ci-dessus) :	
N° de sécurité sociale :		N° de sécurité sociale :		N° de sécurité sociale :	
Téléphone portable :		Téléphone portable :		Téléphone portable :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :		Téléphone travail :	
Téléphone domicile :		Téléphone domicile :		Téléphone domicile :	
Nom, prénom du père :		Si différent, Nom, prénom du père :		Si différent, Nom, prénom du père :	
Adresse complète (si différente de celle ci-dessus) :		Adresse complète (si différente de celle ci-dessus) :		Adresse complète (si différente de celle ci-dessus) :	
N° de sécurité sociale :		N° de sécurité sociale :		N° de sécurité sociale :	
Téléphone portable :		Téléphone portable :		Téléphone portable :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :		Téléphone travail :	
Téléphone domicile :		Téléphone domicile :		Téléphone domicile :	
SANTE					
Date vaccination DTP (Diphtérie, Tétanos, poliomyélie) :					
Allergies dont le signalement est utile (pollens, animaux...)					
Problèmes de santé dont le signalement est utile (asthme, souffle au cœur...)					
Informations diverses concernant l'enfant (port de lunettes...)					
Médecin traitant					
NOM :		NOM (si différent) :		NOM (si différent) :	
Téléphone :		Téléphone :		Téléphone :	

Je soussigné(e) :

déclare autoriser les animateurs des trois structures (Association 1 2 3 SOLEIL, Le Sou des Ecoles, la Commune) à confier mon ou mes enfants, en cas d'accident, au médecin scolaire ou au médecin de famille, ou à défaut à un autre praticien. Je l'autorise en outre, en cas d'urgence à le ou les faire transporter à l'hôpital de Villefranche sur Saône.

Fait le :

Signature :

