

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<sup>er</sup> enfant** Classe :

**Prénom :**

**2<sup>ème</sup> enfant** Classe :

**Prénom :**

**3<sup>ème</sup> 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**

	<b>ASSOCIATION 1 2 3 SOLEIL</b>
	<b>ACTIVITES PERISCOLAIRES MAIRIE</b>
	<b>ACTIVITES SOU DES ECOLES</b>



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

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 :

