GARDERIE PERISCOLAIRE **Année scolaire 2020/2021**

FICHE DE RENSEIGNEMENT INDIVIDUELLE

(à remettre en Mairie avant le premier jour de fréquentation)

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : .....

Classe : .....

Tuteur légal ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : .....

Situation familiale à ce jour (1)

Marié Divorcé Garde alternée Vie maritale Famille monoparentale

Renseignements concernant le père

Nom et prénom : .....
Adresse : .....
N° Tél. et N° portable où l'on peut vous joindre de 7h00 à 8h20 et de 16h30 à 19h00 :.....
Adresse Mail :

Renseignements concernant la mère

Nom et prénom : .....
Adresse : .....
N° Tél. et N° portable où l'on peut vous joindre de 7h00 à 8h20 et de 16h30 à 19h00 :.....
Adresse Mail :

En cas d'urgence

Médecin traitant : .....
Adresse : .....
N° Tél et N° portable :.....

Autre personne à prévenir

Nom et prénom : .....
Adresse : .....
N° Tél. et N° portable : .....

GARDERIE PERISCOLAIRE **Année scolaire 2020/2021**

Reprise de l'enfant à la garderie périscolaire le soir

L'enfant est repris le soir après l'accueil périscolaire par ses parents ou par une personne dûment habilitée par ces derniers.

Nom et prénom : .....
Qualité : .....
N° Tél. et portable : .....

Nom et prénom : .....
Qualité : .....
N° Tél. et portable : .....

Nom et prénom : .....
Qualité : .....
N° Tél. et portable : .....

Nom et prénom : .....
Qualité : .....
N° Tél. et portable : .....

Je soussigné(e) (nom).....(prénom).....
responsable légal en qualité, père, mère, tuteur (1) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je reconnais avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de la garderie périscolaire.

Fait à .....
Le .....

Signature (s) du ou des parents ou du tuteur légal

(1) : rayer la ou les mention(s) inutile(s)

GARDERIE PERISCOLAIRE **Année scolaire 2020/2021**

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE

J'autorise les responsables de l'accueil périscolaire à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence

OUI ☐ NON ☐

Fait à .....
Le .....

☐ *Je consens au traitement de données à caractère personnel de santé de mon enfant*

Signature (s) du ou des parents ou du tuteur légal

Règlementation Général sur la Protection des Données

Le Maire de Neaufles-Saint-Martin sis 19, rue Saint Martin 27830 NEAUFLES-SAINT-MARTIN a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné, Monsieur, Madame _____

Adresse : _____
_____

autorise, en cas d'urgence, le personnel de la garderie périscolaire de Neaufles Saint Martin, à prendre toutes les dispositions nécessaires pour une hospitalisation ou une intervention chirurgicale pour mon enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de Naissance : _____ _____

Numéro de Téléphone : _____

Numéro de Sécurité Sociale du tuteur légal : |__|____|____|____|_____|_____|_|____|

Fait à _____
Le _____

Signature :

Remarques :

Allergies – Groupe Sanguin – Traitement de longue durée – ou toute remarque jugée utile :
_____
_____
_____
_____
_____
_____