COMMUNE D'AZAY-LE-BRULE – GARDERIE PERISCOLAIRE - FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ANNEE SCOLAIRE 2021 / 2022

ÉLÈVE

NOM : _____ **Prénom(s) :** _____/_____/_____ **Sexe : M ☐ F ☐**

Né(e) le : …. / …. / …….. **Lieu de naissance** (commune et département) **:** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère **Nom de jeune fille:** _____ **Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐**

Nom marital (nom d'usage) : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

Père **NOM :** _____ **Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐**

Prénom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Préciser le lien de parenté	1 :	2 :	3 :
NOM			
Prénom			
Tél. domicile			
Tél. travail			
Tél. mobile			

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui ☐ Non ☐ **Individuelle Accident : Oui ☐ Non ☐**

Compagnie d'assurance: _____ **Numéro de police d'assurance :** _____

ALLERGIES OU PROBLEMES DE SANTE

_____

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : **Signature :** **Signature :**