

Mairie de Buxerolles

NOM, PRENOM DE L'ENFANT: _____

12, rue de l'Hôtel de Ville

05.49.38.11.12

Date de naissance: _____

s.genevois@buxerolles.fr

Père		Mère	
Nom-Prénom		Nom-Prénom	
Adresse		Adresse	
Portable		Portable	
Tél fixe		Tél fixe	
Mail		Mail	

N° alloc CAF _____

Compagnie d'ass. scolaire/extra scolaire _____ N° contrat _____

Responsable de l'enfant: Père Mère Autre (préciser):

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin: _____

Régime alimentaire

Allergies (cf PAI)

Téléphone: _____

Sans porc

Lieu de l'hospitalisation _____

Sans viande

Maladies

L'enfant suit-il un traitement médical? oui non

Si oui, y a-t-il un PAI ? (joindre l'ordonnance médicale)

Personnes à prévenir en cas d'urgence	Lien de parenté	Téléphone

AUTORISATIONS

L'enfant est-il autorisé à quitter seul la structure ? oui non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant	Lien de parenté	Téléphone

Je soussigné (e), _____

Autorise les services municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence.

Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

M'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale ...)

Fait à Buxerolles,

Signature:

Le

