

L'ENFANT

NOM PRENOM : **DATE DE NAISSANCE :**
NOMS FRERE ET SŒUR : **AGE :**

LE PERE

NOM : **PRENOM :**
ADRESSE :
VILLE : **CODE POSTAL :**
TEL DOMICILE : **PORTABLE :**
E.MAIL : **N°CAF :**
EMPLOYEUR :
AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT : oui non **DESTINATAIRE FACTURE :** oui non
RESPONSABLE LEGAL : oui non **TELEPHONE CAS D'URGENCE :**

LA MERE

NOM : **PRENOM :**
ADRESSE :
VILLE : **CODE POSTAL :**
TEL DOMICILE : **PORTABLE :**
E.MAIL : **N°CAF :**
EMPLOYEUR :
AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT : oui non **DESTINATAIRE FACTURE :** oui non
RESPONSABLE LEGAL : oui non **TELEPHONE CAS D'URGENCE :**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, régime alimentaire, etc.
.....

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT :

1 : 2 :
3 : 4 :

Je soussigné(e)

- Atteste l'exactitude des renseignements donnés à la Halte-garderie.
- Autorise la consultation et la conservation des données financières de CDAP
- Autorise l'utilisation de mon email pour l'envoi d'informations liées à la Halte-garderie.
- Autorise la Directrice à prendre toutes les décisions nécessaires à la sauvegarde de mon enfant.
- Autorise la Directrice de la structure à faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence.
- Autorise l'équipe pédagogique de la Halte-garderie à réaliser des photographies de mon enfant (journaux, supports de communication de la Communauté de Communes).

Fait à Châtillon-Coligny, le

Signature