



**GARDERIE PERISCOLAIRE DE SOUVIGNY EN SOLOGNE
ANNEE SCOLAIRE 2024 - 2025**

~~~~~

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Merci de retourner cette fiche dûment complétée à la Mairie **(joindre copie livret de famille)**.

Nom - Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... à ..... fréquentera l'école de .....

Nom - Prénom du père (1) : ..... Portable : .....

Nom - Prénom de la mère (1) : ..... Portable : .....

Adresse : ..... Tél domicile : .....

E-mail : ..... @ .....

Cie assurance scolaire : ..... N° .....

Nom et adresse de l'employeur du père : .....

..... Tél bureau : .....

Nom et adresse de l'employeur de la mère : .....

..... Tél bureau : .....

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

..... Tél : ..... Qualité : .....

..... Tél : ..... Qualité : .....

..... Tél : ..... Qualité : .....

..... Tél : ..... Qualité : .....

Nom et adresse pour la facturation : .....

.....

**Merci de signaler tout changement susceptible d'intervenir durant l'année scolaire**

Merci d'indiquer la périodicité et les horaires de fréquentation de votre enfant.

|                 | Lundi | Mardi | Mercredi        | Jeudi | Vendredi |
|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|----------|
| Matin 7h15/8h30 |       |       | Sur réservation |       |          |
| Soir 16h/18h30  |       |       |                 |       |          |

(1) Situation particulière à préciser

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**(Merci de joindre une copie des pages de vaccinations)**

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

|            |           |           |            |
|------------|-----------|-----------|------------|
| Rubéole    | Varicelle | Angine    | Scarlatine |
| Oui - Non  | Oui - Non | Oui - Non | Oui - Non  |
| Coqueluche | Otite     | Rougeole  | Oreillons  |
| Oui - Non  | Oui - Non | Oui - Non | Oui - Non  |

**Merci d'entourer la bonne réponse**

Votre enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : Oui - Non

Médicamenteuses : Oui - Non

Alimentaires : Oui - Non

Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. précisez :

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné, ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'agent responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise -  je n'autorise pas\* la commune de Souvigny-en-Sologne à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités proposées lors de la garderie pour les mettre sur le site internet de la commune.

**\*Rayer la mention inutile**

Fait à ....., le .....

Signature