

FICHE DE RENSEIGNEMENT DE L'ENFANT
(à retourner complétée à la mairie déléguée de Mansle
au plus tard la semaine du 21 Août au 25 Août 2023)










IDENTIFICATION DE LA FAMILLE

(Merci d'informer la Mairie de tout changement de situation qui surviendrait en cours d'année)

L'ENFANT (remplir une fiche par enfant)

Nom : Prénom : Classe fréquentée :
Date et lieu de naissance :/...../..... à

LES PARENTS OU LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ELEVE

| Père | Mère | Famille d'accueil |
|--|--|--|
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| Né le | Née le : | Adresse : |
| Adresse : | Adresse (si différente du père) : | |
| | | |
| | | |
|  Domicile : |  Domicile : |  Domicile : |
|  Portable : |  Portable : |  Portable : |
|  Travail : |  Travail : |  Travail : |
| @ : | @ : | @ : |

Pour les enfants dont les parents sont séparés ou s'ils sont confiés à une famille d'accueil, merci de préciser quel doit être le destinataire de la facture ?


Père Mère Famille d'accueil


Pour les familles ayant plusieurs enfants, merci de préciser votre n° allocataire CAF :


PERSONNES (AUTRES QUE LES PARENTS) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné :

décharge de toute responsabilité la personne responsable de la surveillance des élèves
lorsque mon enfant quitte l'école accompagné par :

Nom : Prénom :
Age :  :

Nom : Prénom :
Age :  :

Nom : Prénom :
Age :  :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

COORDONNEES D'APPEL D'URGENCE (SI AUTRES QUE PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT)

Nom et N° de téléphone d'une autre personne que les parents ou le représentant légal :

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

Sinon, autorisez-vous le Maire ou la personne responsable de la surveillance à prendre pour vous, les mesures d'urgence qu'il estimera nécessaires (appel du médecin, éventuellement transfert à l'hôpital) ?

- Oui ou Non :
- Nom du médecin traitant :
- Son N° de téléphone :
- Dans quelle clinique ou hôpital accepteriez-vous que votre enfant soit admis ?

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

OBSERVATIONS (Problèmes de santé/Allergies/divers)

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

REGLEMENTS INTERIEURS - CANTINE/GARDERIE

Je soussigné Mr et (ou) Madame

Certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la cantine et de la garderie du groupe scolaire Jean de la Fontaine de MANSLE, et accepte les termes desdits règlements.

A, le

Signature des Parents
ou du Représentant légal de l'élève,