



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



En cas d'urgence

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

e-mail:

Situation fam. des parents :

Nombre d'enfants à charge :

Enfant	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
CP:	Ville :
Date de naissance :	
Sexe :	

Parent 1		Parent 2	
Nom, Prénom		Nom, Prénom	
		Nom de JF	
Adresse		Adresse	
Portable		Portable	
Profession		Profession	
Employeur, lieu		Employeur, lieu	
Téléphone		Téléphone	

N° Sécurité sociale :	
N° CAF :	
Ecole :	
Allergies médicalement déclarées : <i>(joindre certificat médical)</i>	
Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant (Nom et téléphone). 3 maximum	
Régime sans porc :	

Autres renseignements importants :

Je soussigné(e) : _____ autorise le directeur du centre (ou son représentant),

- à faire pratiquer tous les soins ou interventions chirurgicales en cas de besoin,
- à faire apparaître mon enfant sur tout support de la Galipette ou de ses partenaires (photos, vidéos...) utilisés exclusivement pour illustrer les activités du centre (article de presse, expositions, etc...).

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement du centre, et déclare y adhérer sans réserves.

Fait à Genas le : _____ Signature du représentant légal :