FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS
CANTINE et/ou GARDERIE

NOM de l'enfant..... **Prénom**.....

Classe de l'année scolaire (septembre 2025 - juillet 2026).....

Date de naissance.....

Adresse de domicile.....
.....

Téléphone domicile.....

Médecin traitant.....Téléphone.....

N° Sécurité sociale.....Centre payeur.....

N° CAF ou MSA.....Centre payeur.....Parent bénéficiaire : Père / Mère

Contre-indications alimentaires, allergies, PAI et autres renseignements médicaux à préciser :
.....

RESPONSABLE LÉGAL 1 ***(domicile de l'enfant)*** **: Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐**

NOM et prénom.....Date de naissance.....

Adresse Mail.....N° Portable.....

NOM et adresse de l'employeur.....
.....N° Travail.....

Si vous êtes gérant de votre entreprise, indiquez **le n° SIRET** .....

RESPONSABLE LÉGAL 2 : Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐

NOM et prénom.....Date de naissance.....

Adresse de domicile *(si différente)*.....
.....

Adresse Mail.....N° Portable.....

NOM et adresse de l'employeur.....
.....N° Travail.....

Si vous êtes gérant de votre entreprise, indiquez **le n° SIRET** .....

Situation familiale des parents : mariés - pacsés - concubins - divorcés - séparés - célibataires - veuf(ve)

En cas de divorce ou séparation, joindre les documents établissant l'autorité parentale (copie du jugement ou de l'ordonnance du Juge aux Affaires Familiales)

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS
CANTINE et/ou GARDERIE

AUTRE(S) PERSONNE(S) VIVANT DANS LE FOYER

NOM et prénom……N° Portable……
NOM et prénom……N° Portable……
NOM et prénom……N° Portable……

Lien avec l'enfant *(beau-père/belle-mère, grand-mère/grand-père, frère/sœur…)*……

Autre(s) personne(s) à prévenir en cas d'urgence : *(si impossibilité de joindre les parents)*

NOM……Prénom……Téléphone……
NOM……Prénom……Téléphone……
NOM……Prénom……Téléphone……

AUTORISATION

Je soussigné(e)……responsable de l'enfant,

1) Autorise, en cas d'accident ou de maladie, le personnel responsable présent à prendre toutes mesures nécessaires pendant le service périscolaire afin d'assurer les soins et le transport de mon enfant vers l'hôpital le plus proche, par le moyen le mieux approprié à la situation.

2) Autorise la prise de photo de mon enfant et la diffusion éventuelle dans le bulletin municipal et/ou le site internet de la commune.

3) Autorise M/Mme……Téléphone……
   M/Mme……Téléphone……
   M/Mme……Téléphone……
   M/Mme……Téléphone……
   M/Mme……Téléphone……
   à venir chercher mon enfant à la sortie d'un service périscolaire.

Date :

Signature(s) de l'autorité parentale précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont obligatoires et enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie de Les Bréviaires dans le but d'assurer l'accueil de votre enfant dans les services périscolaires. Elles sont collectées par M. le Maire, sont destinées aux agents administratifs et techniques des services périscolaires et sont conservées pendant deux ans.
Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant la Mairie de Les Bréviaires.