



# SIVU COSTA BELLE

Place de la mairie - 34230 St Bauzille de la Sylve  
Tél : 04 99 66 72 97 (Secrétariat SIVU)  
Mail : [sivucb@yahoo.fr](mailto:sivucb@yahoo.fr)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE SCOLAIRE

**ENFANT** : Nom..... Prénom.....  
Date de naissance : ..... Classe : .....

<b>Père</b> : Nom, Prénom : .....	<b>Mère</b> : Nom, Prénom : .....		
<b>Profession du père</b> : .....	<b>Profession de la mère</b> : .....		
<b>Adresse complète</b> : .....	<b>Adresse complète</b> : .....		
.....	.....		
<b>Portable</b> : .....	<b>Portable</b> : .....		
Téléphone domicile : .....	Téléphone domicile : .....		
Travail : .....	Travail : .....		
<b>Adresse mail père</b> : Ecrire lisiblement	<b>Adresse mail mère</b> : Ecrire lisiblement		
.....	.....		
<b>Adresse de référence</b>	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	2 fiches familles différentes <input type="checkbox"/>

En cas de parents séparés désirant avoir chacun son compte famille merci de le signaler

**Acceptez-vous que les dossiers vous soient adressés uniquement par mail**    oui     non

**NOM DU MEDECIN DE FAMILLE** : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### PARTICULARITE

Allergie alimentaire	PAI	oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Maladie	PAI	oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Asthme	PAI	oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autre	Sans viande	oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

### Description succincte:

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

### EN CAS D'URGENCE :

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant

..... autorise le personnel de la garderie à contacter  
Le médecin de famille mentionné ci-dessus, et à prendre toutes mesures que réclameraient  
les circonstances, pour assurer la sauvegarde de mon enfant.

A....., le ..... Signature