



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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

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

Père : Nom, Prénom : **Mère** : Nom, Prénom :
Profession du père : **Profession de la mère** :
Adresse complète : **Adresse complète** :
Portable : **Portable** :
Téléphone domicile : **Téléphone domicile** :
Travail : **Travail** :
Adresse mail père : Ecrire lisiblement **Adresse mail mère** : Ecrire lisiblement
Adresse de référence Père Mère 2 fiches familles différentes

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