



**SERVICE SCOLAIRE**  
**Cantine – Garderie - TAP**  
**ANNEE 2016 / 2017**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

(A REMPLIR ET A RENDRE **LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE**  
 AU CCAS – 17 Avenue Docteur Tagnard)

Vos enfants étant amenés à fréquenter la garderie, les TAP ou la cantine, nous avons besoin de quelques informations et nous vous remercions d'avance de l'attention que vous porterez à ce formulaire.

	1 <sup>er</sup> ENFANT	2 <sup>ème</sup> ENFANT	3 <sup>ème</sup> ENFANT
NOM			
PRENOM			
FILLE / GARCON			
DATE DE NAISSANCE			
ECOLE			
CLASSE (à la rentrée)			
ENSEIGNANT			

<u>Mère de l'enfant</u>	<u>Père de l'enfant</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
<u>Adresse :</u> N° - Rue / Lieudit : Commune :	<u>Adresse :</u> N° - Rue / Lieudit Commune
N° de tél. Fixe : Portable : Professionnel : Adresse mail :	N° de tél. Fixe : Portable : Professionnel : Adresse mail :

En cas de placement en famille d'accueil :

Nom – Prénom de l'Accueillant	
<u>Adresse :</u> N° - Rue / Lieudit Commune :	N° de tél. Fixe : Portable :

Autres personnes à prévenir en cas d'incident (autres que père et mère)

Nom	Tél. fixe	Tél. portable	Tél. professionnel
1			
2			

<u>Nom du médecin traitant.</u>	Tél. :
---------------------------------	--------

Autre indication concernant l'enfant à signaler :