



MAIRIE DE ST GERVAIS D'AUVERGNE
1, rue Fontaine de la Ville
63390 SAINT GERVAIS D'AUVERGNE
Tél. : 04 73 85 71 53
Email : mairie@sga63.fr

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

Ecole :

Classe

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Tél. Professionnel :				
Courriel :				

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance : CAF du Puy de Dôme MSA Auvergne Autre C.A.F.

SANTÉ

Allergies :

Médecin traitant Nom : Téléphone

Adresse :

Recommandations des parents :
.....
.....
.....

ASSURANCE SCOLAIRE

Nom de la compagnie N°Téléphone N°Contrat :

AUTORISATIONS

Pendant les activités, j'autorise le personnel communal à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise la municipalité à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI NON

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités

OUI NON

MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS RETOURNER CETTE FICHE COMPLETEE AVEC LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION DE L'ENFANT **AVANT LE 10/09/2024** .

Fait à, le Signature :