

N°IMPORTANT

Nous vous rappelons que vous devez être joignable à tout moment.

Numéro de téléphone du représentant légal :

- Portable :
- Bureau :
- Domicile :
- Mail :

Numéro de téléphone du représentant légal :

- Portable :
- Bureau :
- Domicile :
- Mail :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

- Noms/Prénoms : N° de téléphone :
- Noms/Prénoms : N° de téléphone :
- Noms/Prénoms : N° de téléphone :

AUTORISATION DE RETOUR A LA MAISON AVEC UN TIERS

Une copie des cartes d'identités des personnes notées ci-dessous est obligatoire.

Nous soussignés
autorisons :

- Noms/Prénoms : N° de téléphone :
- Noms/Prénoms : N° de téléphone :
- Noms/Prénoms : N° de téléphone :
- Noms/Prénoms : N° de téléphone :
- Noms/Prénoms : N° de téléphone :

A venir chercher notre enfant à la
micro-crèche "A RUNDINELLA" de Cervione.

Fait à le

Signature des représentants légaux :

AUTORISATION DE SORTIE PEDAGOGIQUE

Des sorties pédagogiques peuvent être organisés pendant l'année. Si vous désirez que votre enfant y participe ou si vous ne le souhaitez pas, merci de cocher la case correspondante.

Je soussigné(e)

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties organisées par la crèche.

Fait à le

Signature des représentants légaux :

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités nous pouvons être amenés à filmer ou à photographier vos enfants. L'exploitation de ces images restant exclusivement à usage interne.

Je soussigné(e)

Autorise

N'autorise pas

La prise d'image de mon enfant

Fait à le

Signature des représentants légaux :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom (s) :

Prénom (s) :

➔ L'accouchement s'est-il bien passé ?

OUI

NON

➔ Césarienne ?

OUI

NON

➔ L'enfant est-il né à terme ?

OUI

NON

Si non, à combien de semaines :

Poids de naissance :

Taille :

Périmètre crânien de naissance :

Nom du médecin de l'enfant :

L'enfant a-t-il des soucis de santé actuellement ?

OUI

NON

Allergies :

.....

.....

Autres :

.....

.....

Fait à le

Signature des représentants légaux :

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

Nous soussignés autorisons la micro-crèche " A RUNDINELLA " de Cervione, à faire hospitaliser notre enfant dans un service du centre hospitalier de Bastia ou autre (à préciser) en cas d'urgence et à faire pratiquer sur lui tous les traitements nécessités par un état grave.

N° de SS :

Fait à le

Signature des représentants légaux :

AUTORISATION D'ACCES CDAP (CAF/MSA)

Nous soussignés, autorisons la micro-crèche "A RUNDINELLA" de Cervione, à accéder aux données sur le site CDAP.

N° Allocataire :

Nom et prénom de l'allocataire :

Fait à le

Signature des représentants légaux :

