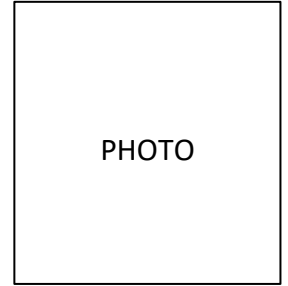




Ville de Carling

# DOSSIER USAGERS GROUPE SCOLAIRE PIERRE ERNST 2024 / 2025



**Nom, prénom enfant 1** : ..... Né(e) le : ..... Sexe : **M**  **F**

Ecole :  Maternelle      Classe : .....      Enseignant : .....

Recommandations des parents : .....

Santé / Allergies : .....

**Nom, prénom enfant 2** : ..... Né(e) le : ..... Sexe : **M**  **F**

Ecole :  Maternelle      Classe : .....      Enseignant : .....

Recommandations des parents : .....

Santé / Allergies : .....

**Nom, prénom enfant 3** : ..... Né(e) le : ..... Sexe : **M**  **F**

Ecole :  Maternelle      Classe : .....      Enseignant : .....

Recommandations des parents : .....

Santé / Allergies : .....

**RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT / DES ENFANTS**

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

**Situation familiale :**  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  
 Vie maritale  PACS  Autre

**Famille :**  Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

Régime social : .....

Quotient familial : .....

**Nom et adresse des employeurs :**

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

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

Nom de la compagnie : ..... N° de contrat : ..... N° Téléphone : .....

Personnes autorisées de venir chercher mon / mes enfant(s) :

Nom / Prénom	Lien de parenté	N° Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon / mes enfant(s).

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Fait à ....., le ..... Signature :