

**A.G.L.A.E**17 bis rue pasteur 14730 Giberville
Tél : 02.31.72.47.97 E-mail : contact@aglae.org**FICHE ENFANT**
Rentrée 2020 / 2021

Enfant	Scolarité
NOM :	Classe :
PRENOM :	Etablissement Scolaire :
Né(e) le : Nationalité :	Instituteur :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Adresse :	
.....	
	Repas spéciaux
	<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I
	<input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Autres

Responsable légal de l'enfant	
Responsable légal 1 :	Responsable légal 2 :
Lien Parenté :	Lien Parenté :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Situation familiale :	Situation familiale :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :
E-mail :	E-mail :
Je souhaite recevoir mes factures par e-mail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Je souhaite recevoir mes factures par e-mail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Téléphone : Poste :	Téléphone : Poste :
CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> N° d'allocataire :	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> N° d'allocataire :

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant				
Interdit	Autorisé(e)	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Accueils post et périscolaire			
cocher les cases où il sera présent	Semaine paire	Semaine impaire	A partir du J'inscris mon enfant : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Automatiquement
	Après l'école	Après l'école	
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

Cocher les cases où il sera présent	Mercredi						A partir du J'inscris mon enfant : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Automatiquement
	Semaine paire			Semaine impaire			
	1 / 2 journée Matin	1/2 journée Après-midi	Journée	1 / 2 journée Matin	1/2 journée Après-midi	Journée	

Je (nous) soussigné(s),..... responsable(s) légal (aux) de l'enfant
.....certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date :

Signature :