



**Fiche de renseignements au temps d'accueil communal du matin  
des enfants de l'école primaire de Waldighoffen  
Année scolaire 2024/2025**

**ENFANT**

Sexe :  Féminin  Masculin  
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES DE L'ENFANT**

**Représentants**

Mère  Père  Tuteur   
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Tél. professionnel : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_

Mère  Père  Tuteur   
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Tél. professionnel : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE OU EXTRASCOLAIRE**

Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_  
Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

**Joindre la copie de l'attestation d'assurance.**

En cas d'urgence les représentants légaux et les services de secours sont immédiatement appelés.

**FREQUENTATION**

Accueil régulier  Accueil ponctuel   
Précisez : \_\_\_\_\_

Jours d'accueil (7h30 à 7h50)      Lundi       Mardi       Jeudi       Vendredi

Date : \_\_\_\_\_      Signature des représentants légaux : \_\_\_\_\_