



A.G.L.A.E.
17 Bis rue Pasteur 14730 GIBERVILLE

☎ 02.31.72.47.97

✉ contact@aglae.org

🌐 aglae.org

FICHE ENFANT
Rentrée 2025-2026

ENFANT

NOM: _____ Classe: _____
 Prénom: _____ Instituteur: _____
 Né(e) le: _____
 Sexe: F M

Repas spéciaux		
<input type="checkbox"/> P.A.I.	<input type="checkbox"/> Végétarien	<input type="checkbox"/> Sans viande
<input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Autres	

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable légal 1		Responsable légal 2		Régime
Lien de parenté	_____	Lien de parenté	_____	
Nom	_____	Nom	_____	
Prénom	_____	Prénom	_____	<input type="checkbox"/> MSA
Adresse	_____	Adresse	_____	
Situation familiale	_____	Situation familiale	_____	N°allocataire
Tél. domicile	_____	Tél. domicile	_____	
Tél. portable	_____	Tél. portable	_____	
Je souhaite recevoir mes factures par email:		E-mail:		
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		_____		
Profession:	_____	Profession:	_____	
Employeur	_____	Employeur	_____	
Téléphone	_____	Téléphone	_____	

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 périscolaire matin et soir

Cocher les cases ou il sera présent	Semaine Paire		Semaine impaire		A partir du :
	Matin	Soir	Matin	Soir	
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'inscris mon enfant : <input type="checkbox"/> Automatiquement <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Planning mensuel
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mercredi

Semaine paire			Semaine impaire			A partir du :
1/2 journée matin	1/2 journée après-midi	Journée	1/2 journée matin	1/2 journée après-midi	Journée	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Automatiquement			<input type="checkbox"/> Occasionnellement			<input type="checkbox"/> Planning mensuel

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: _____