



### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX UTILES

**Médecin traitant :**

Téléphone :

**Allergies connues :**

Enfant (s) Nom Prénom

Type d'allergie

**Autorisation  
d'hospitalisation :**

OUI

NON

Si "oui", désignation de  
l'établissement :

Je soussigné (e) Monsieur  
Madame

- déclare opter pour le prélèvement automatique OUI - NON  
et avoir fourni un **RIB** (pour les personnes nouvellement prélevées, un mandat de prélèvement SEPA vous sera transmis pour signature),
- avoir fourni l'attestation de droit précisant votre quotient familial délivrée par la CAF ou la MSA, et s'engage à informer la commune de tout changement relatif à ce quotient,
- déclare avoir pris connaissance des divers règlements intérieurs, et s'engage à signaler tout changement,
- autorise (OUI) (NON) l'utilisation, dans le cadre de la publication du journal communal, de photographies de notre (nos) enfant (s) qui pourraient être réalisées dans le cadre scolaire.

Sainte Gemmes sur Loire, le

Signature de parents précédée  
de la mention « Lu et Approuvé »