



# Dossier d'inscription Garderie

ANNÉE SCOLAIRE 2011 / 2012

**Veillez fournir une attestation d'assurance**

Accueil matin (7h30) : 0.60 € - Accueil soir (18h15): 1.20 €

**ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

ECOLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_

**PÈRE**

**MÈRE**

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

☎ domicile : \_\_\_\_\_

☎ domicile : \_\_\_\_\_

☎ portable : \_\_\_\_\_

☎ portable : \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

☎ travail : \_\_\_\_\_

☎ travail : \_\_\_\_\_

**Jours de fréquentation éventuels de la garderie**

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**VACCINATIONS** (Joindre une photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**L'ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIES ?**

- ASTHME  OUI  NON
- ALIMENTAIRES  OUI  NON
- MEDICAMENTEUSES  OUI  NON
- AUTRES.....

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans l'accord du responsable du Service des Affaires Scolaires**

**INDIQUEZ CI-APRES**

Les difficultés de santé (maladie, crise convulsive, handicap, appareils dentaires ou port de lunettes, lentilles ...) en précisant les précautions à prendre.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**Médecin traitant** : NOM \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du secteur Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature

# DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, Responsable de l'enfant :

**NOM et Prénom de l'enfant** \_\_\_\_\_

**AUTORISE** mon enfant à partir seul de l'accueil périscolaire.

Oui  Non Si oui, à partir de \_\_\_\_\_ heures.

**Les horaires de l'accueil doivent être impérativement respectés par les familles.**

En dernier recours, si aucune personne autorisée dans ce dossier n'a pu être contactée, le responsable de l'accueil péri-scolaire prendra contact **avec la Gendarmerie** pour rechercher les parents et faire assurer la garde de l'enfant.

**AUTORISE** le responsable de l'accueil à laisser sortir mon enfant en plus de moi-même avec les personnes suivantes :

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

**AUTORISE** mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre des Accueils Périscolaires.

**AUTORISE** mon enfant à utiliser les transports en commun dans le cadre des activités organisées par le secteur périscolaire ainsi que les déplacements piétons.

**AUTORISE** le responsable du secteur à prendre mon enfant en photo en vue d'éventuelles publications (expositions, journal de la Ville, etc...). Je m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela.

Toute modification concernant ce dossier devra être signalée par écrit au responsable des Affaires scolaires.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature,

## INDIQUEZ CI-APRES

Les difficultés de santé (maladie, crise convulsive, handicap, appareils dentaires ou port de lunettes, lentilles ...) en précisant les précautions à prendre.

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom: ----- Prénom: -----

Téléphone: -----

Médecin traitant:

Nom:-----

Téléphone:-----

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du secteur Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature,