

# 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 piétonniers.

**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,



# Dossier d'inscription Garderie

**ANNÉE SCOLAIRE 2009 / 2010**

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Masculin  Féminin

ECOLE : .....

## PERE

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal \_\_\_\_\_

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

☎ domicile : \_\_\_\_\_

☎ portable : \_\_\_\_\_

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

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

☎ travail : \_\_\_\_\_

## MERE

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_

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

☎ domicile : \_\_\_\_\_

☎ portable : \_\_\_\_\_

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

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

☎ travail : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant \_\_\_\_\_

Père

Mère

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)

- Antidiphtérique
- Antitétanique
- Antipoliomyélitique
- BCG
- Contre-indication pour : \_\_\_\_\_

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

**ATTENTION** : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

- RUBEOLE
- VARICELLE
- SCARLATINE
- ROUGEOLE
- COQUELUCHE
- OREILLONS
- OTITE
- IMPETIGO
- RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS

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

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

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (Si automédication, le signaler)

---



---



---

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans l'avis 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 \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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,