

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,