

Inscription Accueil Garderie du matin 2011/2012

Dossier à rendre impérativement en Mairie de Fagnières

ENFANT	
Nom prénom :	Date de naissance : __/__/__
Nom de l'école à la rentrée de sept. 2011 :	<input type="checkbox"/> Maternelle Collines <input type="checkbox"/> Maternelle Tilleuls <input type="checkbox"/> Élémentaire Tilleuls Classe :

LIEU D'ACCUEIL GARDERIE DU MATIN

GARDERIE DES COLLINES : uniquement pour les enfants scolarisés à l'école maternelle des Collines

GARDERIE DES TILLEULS : pour les enfants scolarisés à la l'école maternelle et à l'école élémentaire des Tilleuls

Attention : les enfants scolarisés à l'école élémentaire des Tilleuls ne sont pas accueillis sur le site des Collines.

Info = Plage horaire de la garderie du matin « 7 h 30 à 9 h »
 1 tarif pour une arrivée avant 8 h 30 (*)
 1 tarif pour une arrivée après 8 h 30 (*)
 (*) **délibération du vote des tarifs consultable en mairie, à votre demande.**

INSCRIS MON ENFANT A LA GARDERIE DU MATIN :

A COMPTER DU : __/__/__ (rentrée scolaire le lundi 5 septembre 2011)

tous les jours scolaires **ou** les lundis les mardis les jeudis les vendredis
 occasionnellement

INFORMATIONS SUR LES PARENTS

	PERE	MERE
Nom :		
Prénom :		
Adresse de domicile :		
Adresse de facturation : (si différente de celle du domicile)		
N° Tel. parents en cas d'urgence :		
Adresse e-mail :		
Nom de l'employeur :		
Profession :		
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Vit maritalement	
Autre personne à prévenir en cas d'urgence :		
Nom :	Prénom :	Tél. : __/__/__
Régime allocataire :	<input type="checkbox"/> CAF, Fonctionnaire, La Poste <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> régimes autres : SNCF – RATP...	
N° allocataire CAF ou autres :	

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et avoir pris connaissance des dispositions particulières et m'engage à les respecter.

Signature obligatoire :

- Pièces à fournir :
- Fiche sanitaire remplie et signée + Autorisations diverses
 - Justificatif de la CAF / MSA ou AUTRES pour les prestataires des allocations familiales
 - Justificatif(s) employeur(s) des parents
 - Attestation d'assurance responsabilité civile de l'enfant
 - Copie du jugement de divorce ou de séparation



AUTORISATIONS RELATIVES A TOUTE ACTIVITE PERISCOLAIRE

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Né(e) le : __/__/____

Adresse du domicile : _____

N° de téléphone du ou des responsables légaux :

Père : __/__/__/__/__

Mère : __/__/__/__/__

Tuteur : __/__/__/__/__

e-mail : _____

Je soussigné(e) _____

Agissant en qualité de père, mère, tuteur ⁽¹⁾ :

- **Autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités organisées :**
 oui non

- **Autorise les accompagnatrices à prendre en charge mon enfant dès sa sortie de classe.**
 oui non

- **Personnes ayant autorisation ou (interdiction par décision de justice⁽²⁾) de venir chercher l'enfant en cas de malaise à la restauration scolaire ou lors des différents temps du périscolaire**

Autorisation	Interdiction	Nom et Prénom	Téléphones	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Fait le __/__/____,

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile.

⁽²⁾ Joindre une copie du jugement de divorce ou attestation des 2 parents justifiant de la responsabilité de l'enfant.



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM: _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES