



Fiche d'inscription garderie périscolaire

Cadre réservé à l'administration

.....

Forfait mensuel : €

L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : / / Sexe : Garçon Fille
 Etablissement : Classe :

LA GARDERIE

FORFAIT Matin : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Soir : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

OCCASIONNEL
 (pas plus de 5 fois par mois)

LA FAMILLE

Nombre d'enfants) à charge : Nombre d'adulte(s) :
 Nombre de personne(s) en situation de handicap :

LES PARENTS

PARENT 1 / TUTEUR (TRICE) 1

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 N° domicile :/...../...../...../.....
 N° portable :/...../...../...../.....
 Profession :
 Catégorie socioprofessionnelle **:
 Employeur :
 Tél professionnel :/...../...../...../.....
 Mail :
 Situation familiale : Mariés Vie maritale Pacsés
 Divorcés Séparés Monoparental Veuf

PARENT 2 / TUTEUR (TRICE) 2

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 N° domicile :/...../...../...../.....
 N° portable :/...../...../...../.....
 Profession :
 Catégorie socioprofessionnelle **:
 Employeur :
 Tél professionnel :/...../...../...../.....
 Mail :
 Situation familiale : Mariés Vie maritale Pacsés
 Divorcés Séparés Monoparental Veuf

(Précisez) : En cas de divorce ou de séparation, l'autorité parentale est exercée par :

La mère Le père Les deux conjointement*

*merci de fournir un planning pour que nous sachions qui vient chercher l'enfant

** 01 - Agriculteurs, exploitants ; 02 - Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; 03 - Cadres, professions libérales ; 04 - Professions intermédiaires ;
 05 - Employés ; 06 - Ouvriers ; 07 - Retraités ; 08 - Sans activité professionnelle

SITUATION

Régime allocataire : Régime général (CAF) MSA N° allocataire* :
 Quotient familial : Nom du bénéficiaire :
 *si non renseigné, le tarif le plus élevé sera appliqué.

FICHE MEDICALE

MEDECIN TRAITANT

Nom : Tel :

Votre enfant est-il bénéficiaire d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? OUI NON

Votre enfant est-il reconnu en situation de handicap ou a-t-il une demande de reconnaissance en cours auprès de la MDPH ? OUI NON

ALLERGIE(S) OUI NON TRAITEMENT(S) OUI NON

si oui précisez :

Rappel important : Le personnel de l'association n'est pas habilité à donner des médicaments aux enfants.

URGENCE

PERSONNES A JOINDRE PAR ORDRE DE PRIORITE :

Nom :	Prénom :	Tél :	Lien avec l'enfant :
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

En cas d'urgence, je soussigné(e) responsable légal de l'enfant
..... AUTORISE le responsable de la garderie à prendre, le cas
échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
santé dudit enfant.

Date :/...../.....

Signature :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant
..... AUTORISE / N'AUTORISE PAS * (*barrez la mention inutile) que ce dernier soit photographié et que
ces images puissent être utilisées sur les supports de l'association (photos, site internet, programmes,...).

Date :/...../.....

Signature :

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant
..... AUTORISE / N'AUTORISE PAS * (*barrez la mention inutile) que ce dernier parte seul de la garderie à
l'horaire indiqué à l'inscription (autorisations ponctuelles possibles).

Date :/...../.....

Signature :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom :	Prénom :	Tél :	Lien avec l'enfant :
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

Je soussigné(e), Mr et Mme, Mr ou Mme : Père, mère, tuteur, tutrice,
responsable de l'enfant,

- Confirme la présente demande d'inscription ainsi que l'exactitude des renseignements inscrits, et autorise mon enfant à
participer à toutes les activités.

- M'engage à signaler dans les plus brefs délais, tout changement dans les renseignements portés sur la fiche.

- Atteste avoir pris connaissance du règlement des prestations de la Ronde des Bambins.

Date :/...../.....

"Lu et approuvé"

Signature(s)