



Service Jeunesse : 03.21.45.62.40
MAIRIE DE SAINS-EN-GOHELLE
Responsable : Karine LOCQUEGNIES
Tél. : 06.73.25.13.78

GARDERIE PÉRI-SCOLAIRE DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE 2014-2015

ENFANT	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
	Nom : _____ Prénom : _____
	Date et Lieu de Naissance : _____
	Classe Scolaire : _____ Etablissement Fréquenté : _____
REPRESENTANT LEGAL	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
	Nom : _____ Prénom : _____
	Date et Lieu de Naissance : _____
	Situation Matrimoniale : _____
	Adresse : _____ _____
Téléphone : _____ Téléphone (Travail) : _____	
Profession : _____	
CONJOINT	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
	Nom : _____ Prénom : _____
	Date et Lieu de Naissance : _____
	Situation Matrimoniale : _____
	Adresse : _____ _____
Téléphone : _____ Téléphone (Travail) : _____	
Profession : _____	

**EN CAS
D'URGENCE**

Personne à contacter en cas d'urgence :

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'Enfant : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone (Travail) : _____

C. A. F.

NUMERO DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

Nombre d'Enfant(s) à Charge : _____

Votre enfant participera à la Garderie le :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h30-8h30			7h30-9h00		
11h00-12h30					
16h00-17h00					
17h00-18h00					
18h00-18h30					
18h30-19h00					

J'autorise le personnel à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence

OUI NON

J'autorise le personnel à prendre des photos de mon enfant lors des activités pour les parutions communales

OUI NON

INSCRIPTIONS : Les enfants non inscrits à la rentrée 2014/2015 ne seront pas acceptés.

DOCUMENTS A FOURNIR :

**Attestation d'Assurance, Carnet de Santé,
Attestation de la C.A.F. obligatoire.
Attestation Employeur**

Je m'engage à respecter les conditions de fonctionnement du service périscolaire qui m'ont été communiquées.

A : Le :

Signature des Parents :

FICHE SANITAIRE

LES PARENTS

Numéro et Adresse du Centre de Sécurité Sociale : _____

Numéro et Adresse de la C.A.F. (Joindre une copie de la dernière notification des droits) : _____

Date du Dernier Rappel du Vaccin Antitétanique : (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans) _____

Allergies : OUI NON
Si oui, à quoi : _____

Pour toute allergie (asthme, médicamenteuse, alimentaire, ...), joindre obligatoirement un certificat de l'allergologue : _____

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance du Responsable : _____

Nom, Adresse et Numéro de Téléphone du Médecin Traitant : _____

Établissement Hospitalier où vous souhaitez que votre enfant soit transporté si nécessaire (hôpital ou clinique) : _____

Je, soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant (nom et prénom) _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant et le faire hospitaliser en cas d'urgence (si son état le nécessite).

A : _____ **Le :** _____
Signature des Parents :

N.B. : En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.



**Année Scolaire
2014-2015**