

GARDERIE

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION – ANNEE SCOLAIRE 2022-2023
Fiche d'inscription à retourner en mairie de MOHON, au plus tard, pour le 30 juin 2022

Tous les champs sont à renseigner

Nom de l'enfant..... Prénom.....

Date de naissance.....

Sexe.....

Ecole..... Classe.....

Nom, prénom, adresse du père, de la mère ou du représentant légal :

Père

Civilité : Nom :

Prénom :

Qualité* :

Situation familiale** :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

Courriel :

Téléphone professionnel :

Prévenir si changement de numéro de portable en cours d'année

Mère

Civilité : Nom :

Prénom :

Qualité* :

Situation familiale** :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

Courriel :

Téléphone professionnel :

Prévenir si changement de numéro de portable en cours d'année

Ou responsable légal de l'enfant (ex tuteur, famille d'accueil)

Civilité : Nom :	Prénom :
Qualité* :	Situation familiale** :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone domicile :	Téléphone mobile :
Courriel :	Téléphone professionnel :
Prévenir si changement de numéro de portable en cours d'année	

*Père/Mère/Belle-mère/Beau-père

**Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/Célibataire/Union libre/Pacsé

Autorisez-vous votre enfant à quitter l'activité seul ? Oui Non

accompagné d'une personne mineure ? Oui Non

NOM de la personne autorisée à venir chercher l'enfant :

Adresse :/lien de parenté.....

Tél :portable :

Fréquentation de la garderie

Jours : lundi - mardi - jeudi - vendredi

- Le matin de 7h30 à 8h00 de 8h00 à 8h30

- Le soir de 16h45 à 17h00 de 17h00 à 17h30 de 17h30 à 18 h00 de 18 h00 à 18h30

Assurance :

Compagnie d'assurance responsabilité civile :..... Numéro de police :.....

En cas d'accident, la responsable de la garderie prendra toutes les dispositions pour alerter le plus rapidement possible le SAMU ou les pompiers. Personne à prévenir :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :Localité :

Tél domicile :Tél. travail :Portable :

Médecin de famille : Docteur :

Adresse :

Code postal :Localité :

Téléphone :

Allergies éventuelles, médicaments à proscrire, problème médical à connaître :

.....
.....

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) père, mère ou représentant légal.....

- Autorise(nt) le responsable de l'activité à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident (soins, hospitalisation...)
- S'engage(nt) à ne déposer et reprendre leur enfant qu'en présence d'une animatrice s'il n'est pas autonome.
- S'engage(nt) à respecter les horaires des activités et à régler la somme due (1 euro 25 la demi-heure réelle sans goûter et par enfant) auprès de la Trésorerie de Mauron sur production de facture en fin de mois. Le tarif définitif pour la rentrée sera fixé en septembre 2021.

N.B : les représentants légaux devront s'assurer qu'ils ont souscrit une assurance (responsabilité civile) couvrant tout dommage à un tiers.

A....., le

Signature du père **et** de la mère ou représentant légal

Afin de faciliter son organisation, je vous demande de bien vouloir prévenir Mme Nathalie ROBERT lorsque vos enfants doivent fréquenter la garderie (au minimum le matin pour la garde du soir).

Prévenir également lorsque les enfants qui ont été absents, fréquentent à nouveau ces services.

Je vous rappelle que l'Agent chargé du service de la Garderie n'est pas dans l'obligation de faire l'aide aux devoirs de vos enfants, en cas de recours à ce service, merci de bien vouloir fournir le matériel nécessaire (trousse au nom de l'enfant, règle, crayon bleu et crayon gris) à la garderie.

« Les informations recueillies par la Commune de Mohon font l'objet d'un traitement destiné à l'inscription en garderie et au restaurant scolaire, et relevant d'une mission de service public. Ces informations seront conservées le temps de l'inscription, et 10 ans pour les factures. Le destinataire est le « Service Administratif » auprès duquel vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de limitation. Vous pouvez également contacter le délégué à la protection des données dpd@cdg56.fr ou recourir à la CNIL si les réponses préalables ne vous semblent pas satisfaisantes »

Garderie Municipale – école privée de MOHON – rue de Paradis – Tél. 06.29.52.35.43



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
 Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

