



GARDERIE PERI-SCOLAIRE

INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2019 / 2020

(Fiche à donner à la garderie impérativement avant le 07 septembre 2019)

Enfant : NOM..... Prénom :.....

Classe :.....

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Lundi Matin | <input type="checkbox"/> Mardi Matin | <input type="checkbox"/> Jeudi Matin | <input type="checkbox"/> Vendredi Matin |
| <input type="checkbox"/> Lundi Soir | <input type="checkbox"/> Mardi Soir | <input type="checkbox"/> Jeudi Soir | <input type="checkbox"/> Vendredi Soir |

Facturation à : NOM :..... Prénom :.....

Adresse :.....

Le tarif est de 1,30 € de l'heure. Toute heure commencée est due. La facturation est mensuelle.

Nom, Prénom et numéro(s) de téléphone des parents ou tuteur (obligatoire) :.....

Coordonnées des personnes autorisées à venir chercher l'enfant à la garderie si les parents sont indisponibles :

Nom, Prénom et numéro de téléphone :.....

En cas de maladie ou accident à la garderie, nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer les nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin traitant :

Je certifie avoir lu et accepté le règlement intérieur de la garderie péri-scolaire et certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à :.....

Signature du parent ou du responsable :

Le



FICHE SANITAIRE D'URGENCE

GARDERIE-PERISCOLAIRE – ANNEE SCOLAIRE 2019 / 2020

(fiche à donner à la garderie impérativement avant le 07 septembre 2019)

ENFANT

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../.....

PARENTS / REPRESENTANTS LEGAUX

NOM – Prénom et adresse des parents ou représentants légaux :

N° de téléphone domicile :/...../...../...../.....

N° de téléphone professionnel du père :/...../...../...../.....

N° de téléphone portable du père :/...../...../...../.....

N° de téléphone professionnel de la mère :/...../...../...../.....

N° de téléphone portable de la mère :/...../...../...../.....

Autre :/...../...../...../.....

Allergies connues (fournir un certificat médical) :

Renseignements particuliers :

NOM, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

AUTORISATION DE SOINS URGENTS

En cas d'urgence, l'enfant est transporté par les services de secours d'urgence vers le centre hospitalier le mieux adapté. La famille est avertie le plus rapidement possible par le personnel présent.

Je soussigné(e)..... (père, mère, tuteur)
autorise tous soins de première nécessité ou toute intervention médicale et chirurgicale d'urgence en faveur de mon enfant.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à prévenir le plus rapidement possible la Mairie de Pontgibaud (tél : 04.73.88.70.42) de tout changement de situation de famille ou d'adresse, en cours d'année.

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

Signature(s) :