



DOSSIER D'INSCRIPTION  
GARDERIE PERISCOLAIRE MUNICIPALE

IMPRIMER, COMPLETER ET DEPOSER EN MAIRIE

**ENFANT**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
GARCON  ..... FILLE  .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
CLASSE : .....

**RENSEIGNEMENTS :**

Nom – Prénom du responsable légal : .....  
Qualité : Père  Mère  Autre (à préciser)  .....

Nom – Prénom du responsable légal : .....  
Qualité : Père  Mère  Autre (à préciser)  .....

Situation de famille : marié  célibataire  union libre  divorcé

Adresse complète : .....  
.....

Téléphone domicile : .....

Portable Monsieur : ..... Portable Madame : .....

Adresse Mail : .....

**EMPLOYEUR DU PERE :**

Adresse : .....  
Téléphone professionnel : .....

**EMPLOYEUR DE LA MERE :**

Adresse : .....  
Téléphone professionnel : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Personnes à contacter en cas d'urgence (Nom, Prénom, Téléphone, Adresse) :  
.....  
.....  
.....

Personnes habilitées à récupérer l'enfant (autre que les responsables légaux) (Nom, Prénom, Téléphone) :  
1/.....  
2/.....  
3/.....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT LA SANTE DE VOTRE ENFANT.**

**VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie – Tétanos - Polio		Hépatite B	
Ou Tétracoq(DTP + coqueluche)		Rubéole – Oreillons - Rougeole	
B.C.G.		Autres Vaccinations	

**MALADIES INFANTILES**

<b>RUBEOLE</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<b>VARICELLE</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<b>ANGINE</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<b>SCARLATINE</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>COQUELUCHE</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<b>OTITE</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<b>OREILLONS</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

*L'enfant suit-il un traitement médical :  oui  non*

**ALLERGIES :**

**Précisez la cause de l'allergie, et la conduite à tenir si il y a prise de médicaments sur le temps périscolaire (ex : allergie aux piqûres d'insectes)**

.....  
 .....  
 .....

**INDIQUEZ CI APRES :**

**Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.**

.....  
 .....  
 .....

**EN CAS D'ACCIDENTS**

**J'ai connaissance qu'en inscrivant mon enfant à la garderie périscolaire municipale, j'autorise le personnel à contacter les pompiers en cas d'accidents.**

J'AUTORISE

JE N'AUTORISE PAS

L'INTERVENTION CHIRURGICALE SI NECESSAIRE.

TOUTES MODIFICATIONS (ADRESSE, EMPLOYEURS, SITUATION DE FAMILLE, ETC) DOIVENT ETRE SIGNALÉES DANS LES PLUS BREFS DELAIS EN MAIRIE QUI SE RESERVE LE DROIT DE VOUS DEMANDER DES JUSTIFICATIFS COMPLEMENTAIRES.

**Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur (des modalités d'inscription et de fonctionnement) de la garderie périscolaire municipale de Gambais.**

**Date :**

**Signature :**



## FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE GARDERIE PERISCOLAIRE MUNICIPALE

IMPRIMER, COMPLETER ET DEPOSER EN MAIRIE

### Une fiche par enfant à remettre à la mairie de Gambais

Nom du responsable légal : .....  
Adresse : .....  
.....

Nom / Prénom de l'enfant : .....  
Classe fréquentée .....  
Date de naissance .....

Temps périscolaire	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
ACCUEIL MATIN				
ACCUEIL SOIR				

Cocher les cases correspondantes

Date : .....

Signature : .....