

Inscription garderie payante, cantine, garderie

2018/2019

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM:

Date de naissance: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom:

Classe:

CONTACTS DES RESPONSABLES LEGAUX

Père Mère

Père Mère

Responsable légal

Responsable légal

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

CP et Ville :

CP et Ville :

Tèl Domicile: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tèl Domicile: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tèl Professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tèl Professionnel: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail:

Mail:

INSCRIPTION(S)

Vous souhaitez inscrire votre enfant :

À la garderie payante : de 7h20 à 7h50 et de 17h30 à 18h00 à l'école des Platanes
0.75 cts/ demi-heure.

À la cantine scolaire : Le tarif jusqu'au 31 décembre 2018 est de **3.18€**

AUTORISATIONS : POUR TOUS TEMPS PÉRISCOLAIRES (garderie, cantine)

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant pendant les temps de cantine et de garderie :

J'autorise

Nom:.....

Prénom :.....

Nom:.....

Prénom :.....

Nom:.....

Prénom :.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Vaccination(s) :

Je soussigné(e)responsable légal(e) de l'enfant atteste que les vaccinations de mon enfants sont à jour.

Traitement(s) médicaux :

Précisez si votre enfant à des allergies (médicaments, aliments, asthme,...) ou des particularités comportementales à prendre en compte ainsi que la conduite à tenir.

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

Votre enfant suit-t-il un traitement médical permanent ?

OUI

NON

Si oui, merci de joindre une copie du Protocole d'Accueil individuel (PAI)

Précisez si votre enfant porte des prothèses (lunettes, lentilles de contact, appareil auditifs/dentaires...)

.....
.....

Nous vous rappelons que nous ne sommes pas autorisés à administrer quelques médicaments que ce soient sans (PAI).

AUTORISATION

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant ci-dessus nommé, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :.....

Signature :

(Précédé de la mention lu et approuvé):