



# INSCRIPTION

## GARDERIE - RESTAURANT SCOLAIRE

### Année scolaire 2018/2019

**FICHE A RETOURNER ou A ENVOYER A LA MAIRIE,  
PLACE DU BICENTENAIRE **AVANT LE 18 SEPTEMBRE 2019****

#### 1/ INFORMATIONS GENERALES

	PERE	MERE	TUTEUR LEGAL <i>(Si différent des parents)</i>
Nom			
Prénom			
Adresse complète			
Profession			
Tel Fixe			
Tel Portable			
Tel Travail			
Courriel			

Je soussigné(e)

.....

Demande l'inscription de mon/mes enfant(s) *(Merci de cocher la/les cases correspondantes)* :

Nom/Prénom	Date de naissance	Cantine				Garderie							
		Lu	Ma	Je	Ve	Lun		Mar		Jeu		Ven	
						m	s	m	s	m	s	m	s

## **2/ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

### **- Garderie**

Personnes autorisées à prendre en charge mon (mes) enfant(s) :

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Téléphone</b>

**Rappel :** A la sortie, seules les personnes **majeures, ou un des membres de la famille âgés d'au moins 16 ans**, enregistrés sur le dossier d'inscription, sont autorisés à récupérer les enfants.

### **- Facturation Garderie/Cantine**

**Adresse de facturation** (si différente de l'adresse des parents)

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

Adhésion au prélèvement automatique :     Oui     Non

(Si oui, merci de nous fournir un RIB et l'autorisation de prélèvement ci-jointe)

**Si le prélèvement était déjà en place l'année scolaire dernière, il n'est pas nécessaire de nous les redonner**

## **3/ ENGAGEMENT**

Je soussigné(e) .....reconnait :

- avoir pris connaissance des règlements de la garderie et de la cantine scolaire, en accepte les clauses et m'engage à les respecter
- avoir expliqué le fonctionnement de chacun à mon (mes) enfant(s),
- m'engage à prévenir la mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).

FAIT A SAIVRES, le .....

-signature-

#### **4/ AUTORISATION D'HOSPITALISATION DE MON ENFANT**

*(un exemplaire par enfant)*

##### **Autorisation d'hospitalisation de mon enfant**

Je soussigné(e) ..... autorise le personnel responsable de l'accueil et des activités périscolaire de Saivres à faire hospitaliser mon enfant ..... en cas d'accident.

Le médecin traitant de mon enfant est .....,  
tél : .....

FAIT A SAIVRES, le .....-signature-

**Joindre une attestation d'assurance  
« responsabilité civile et garantie individuelle accident ».**

##### **RENSEIGNEMENTS PRATIQUES**

*Médecin traitant (nom adresse et téléphone) :*

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

*Allergies / Traitements :* .....

.....  
.....

*Vaccinations :*     BCG             DT POLIO             ROR

*Liste des personnes à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, adresse et téléphone) :*

	<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>ADRESSE</b>	<b>TELEPHONE</b>
<i>En cas d'Urgence</i>				
<i>En cas de retard</i>				

*Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur dont un exemplaire m'a été remis et demande qu'en cas d'urgence, tous soins nécessaires à son état soient donnés à mon enfant .....  
(Intervention chirurgicale, hospitalisation, anesthésie ou autres).*

**Date:**

**Signature (« lu et approuvé ») :**