

2/ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- Garderie

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

Nom	Prénom	Téléphone

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) :

	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
<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 ») :