

	FICHE D'INSCRIPTION Garderie Municipale	DATE :
	ANNEE :	

Garderie Municipale

Horaires : 7h30/12h15

Accueil : 7h30/8h30

Récupération possible à partir de 10h30.



Inscription MENSUELLE

à renouveler tous les mois entre le 1^{er} et le 20 de chaque mois

précédent la réservation. (Ex : Entre le 1^{er} et le 20 Août pour le mois de Septembre)

ENFANT

NOM :	PRÉNOM :
ECOLE FREQUENTEE :	CLASSE :

RESPONSABLES

MARIÉ <input type="checkbox"/>	DIVORCÉ* <input type="checkbox"/>	CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/>	CONCUBINAGE <input type="checkbox"/>	PACSÉ <input type="checkbox"/>	VEUF/VEUVE <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------------	---	---	-----------------------------------	--

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
LIEN AVEC L'ELEVE	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE	L'élève habite à cette adresse. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	L'élève habite à cette adresse. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
PROFESSION	Profession : Adresse : Tel :	Profession : Adresse : Tel :
TÉLÉPHONE	Portable : Fixe :	Portable : Fixe :
E-MAIL		
AUTORITÉ PARENTALE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Autorisation de sortie sur les temps périscolaires.	
(Élémentaire seulement) L'enfant est-il autorisé à partir seul ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant. Autre que les responsables.

	NOM ET PRÉNOM	LIEN AVEC L'ÉLÈVE	TÉLÉPHONE	Personne à contacter en cas d'urgence	Personne autorisée à venir chercher l'enfant
Personne 1			Port. : Fixe :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Personne 2			Port. : Fixe :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Personne 5			Port. : Fixe :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT

Allergies, précautions particulières à prendre, ... :

Alimentaires OUI NON *PAI : OUI NON
 Médicamenteuses OUI NON **Si oui, à fournir obligatoirement.**
 Autres (animaux, pollens, plantes...) OUI NON *Projet d'Accueil Individualisé

Autorisation de soins et d'hospitalisation.

Autorisez-vous les personnels à soigner votre enfant ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorisez-vous toute intervention médicale qui s'avèrerait indispensable à votre enfant ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

ASSURANCE/Attestation à joindre OBLIGATOIREMENT.

Nom de la compagnie :	Numéro de police d'assurance :	
Responsabilité civile :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Responsabilité individuelle accident :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Date :

Signature des parents ou responsables légaux :

Contact inscription :

Tél. : 05 82 94 10 72 / **Mail :** affaires-scolaires@ville-castelsarrasin.fr

Horaires d'accueil :
Du lundi au vendredi
De 8h30 à 12h00 et de 14h00 à 17h00

