



ANNEE SCOLAIRE 2021 / 2022

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRE

GARDERIE / ACCOMPAGNEMENT AUX DEVOIRS / MEPS CLUB

**DOSSIER À RENDRE EN MAIRIE A L'ATTENTION DE LA GARDERIE**

**POUR LE 6 AOUT 2021 DERNIER DELAI**

**RENSEIGNEMENTS DES RESPONSABLES LEGAUX**

▷ RESPONSABLE LEGAL 1 :  Père  Mère

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

N° de téléphone professionnel : .....

Profession : .....

E-mail : .....

Quotient familial : .....

**Joindre une attestation CAF. A défaut, le tarif maximum sera appliqué.**

▷ RESPONSABLE LEGAL 2 :  Père  Mère

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

N° de téléphone professionnel : .....

Profession : .....

E-mail : .....

## ENFANTS CONCERNÉS PAR L'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
NOM/PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			
CLASSE			
<b>INSCRIPTION :</b>  GARDERIE ACCOMPAGNEMENTS AUX DEVOIRS (Dans la limite des places disponibles après retour du dossier) MEP'S CLUB*	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
PHOTO			

\* ATTENTION ! Validation de l'inscription par envoi d'un mail à l'adresse suivante : [mepsclub59246@gmail.com](mailto:mepsclub59246@gmail.com)

## COORDONNEES DES PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE LES ENFANTS

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
NOM/PRENOM DE LA PERSONNE AUTORISEE A REPENDRE L'ENFANT			
N° DE TELEPHONE			
LIEN AVEC L'ENFANT			

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) ..... parent de :

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Autorise mon enfant à être pris en photo et filmé sur bande vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise la garderie à diffuser les images de mon enfant	<u>Site de la commune</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Mons en Nouvelles / Presse</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Facebook</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<u>Site de la commune</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Mons en Nouvelles / Presse</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Facebook</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<u>Site de la commune</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Mons en Nouvelles / Presse</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Facebook</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**  
**(Une fiche par enfant)**

Nom Prénom de l'enfant :

.....

**PRECAUTIONS PARTICULIERES**

L'enfant porte t-il des lunettes, un appareil dentaire, des prothèses auditives ou autres ?.....

Indiquez les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre :

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<u>Rubéole</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Coqueluche</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Varicelle</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Otite</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Angine</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Rougeole</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Oreillons</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Scarlatine</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

L'enfant présente-t-il des allergies alimentaires ? Si oui, à quel(s) aliment(s) ?

.....  
.....

L'enfant présente-t-il des allergies médicamenteuses ? Si oui, à quel(s) médicament(s) ?

.....  
.....

En cas de réactions allergiques, précisez la conduite à tenir :

.....  
.....

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom ..... Prénom ..... Téléphone .....

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant .....  
certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure de  
garderie périscolaire à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**  
**(Une fiche par enfant)**

Nom Prénom de l'enfant :

.....

**PRECAUTIONS PARTICULIERES**

L'enfant porte t-il des lunettes, un appareil dentaire, des prothèses auditives ou autres ?.....

Indiquez les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre :

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<u>Rubéole</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Coqueluche</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Varicelle</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Otite</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Angine</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Rougeole</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Oreillons</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Scarlatine</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

L'enfant présente-t-il des allergies alimentaires ? Si oui, à quel(s) aliment(s) ?

.....  
.....

L'enfant présente-t-il des allergies médicamenteuses ? Si oui, à quel(s) médicament(s) ?

.....  
.....

En cas de réactions allergiques, précisez la conduite à tenir :

.....  
.....

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom ..... Prénom ..... Téléphone .....

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant .....

certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure de garderie périscolaire à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature