



INSCRIPTION GARDERIE 2018/2019 COMMUNE DE NIEURLET

Afin de mettre en place des conditions optimales de sécurité, nous vous prions de remplir le formulaire d'inscription et la fiche sanitaire à remettre en mairie (remplir une fiche par enfant)

NOM & Prénom de l'enfant

Classe **Date de naissance**

Nom / prénom du père :

Nom/prénom de la mère :

Nom et adresse du responsable légal :

Adresse électronique :@.....

Tél Mère : **Père** :

Qui joindre en cas d'urgence ? (indiquer nom & Tél)

Observations des parents.....

1ère OPTION : ACCUEIL REGULIER

MATIN *Tous les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 7 h 30 à 8 h 50 (par ¼ heure)*

SOIR *Tous les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 16 h 30 à 18 h 30 (par ¼ heure)*

Ou

MATIN *Tous les lundis* *tous les mardis* *tous les jeudis* *tous les vendredis*

SOIR *Tous les lundis* *tous les mardis* *tous les jeudis* *tous les vendredis*

2ème OPTION : ACCUEIL OCCASIONNEL (voir Tableau d'inscription au verso)

Si l'enfant vient occasionnellement : les parents s'engagent à nous communiquer les dates et nous signaler tout changement au minimum une semaine à l'avance (au moyen des formulaires d'inscriptions disponibles en mairie et garderie)

Si pour quelque raison que ce soit, votre enfant inscrit, ne sera pas déposé prévenir dès que possible à la mairie : Tél 03.21.88.33.92 ou la responsable de la garderie au 06 68 44 82 16

Je soussigné (e).....

certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et à m'engage à signaler tout changement de renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance du règlement et m'engage à respecter les conditions. J'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (décisions de transport, d'hospitalisation).

Date & signature du représentant légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :



INSCRIPTION OCCASIONNELLE GARDERIE

Commune de Nieurlet

Mon enfant (nom & prénom)

sera présent(e) à la Garderie au mois de

Semaine duau

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE MATIN			XXXXXX		
GARDERIE SOIR			XXXXXXXX		

Semaine duau

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE MATIN			XXXXXX		
GARDERIE SOIR			XXXXXXXX		

Semaine duau

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE MATIN			XXXXXX		
GARDERIE SOIR			XXXXXXXX		

Semaine duau

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE MATIN			XXXXXX		
GARDERIE SOIR			XXXXXXXX		

Semaine duau

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE MATIN			XXXXXX		
GARDERIE SOIR			XXXXXXXX		

Fait le

(Signature du responsable légal)