

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Nom du maître ou de la maîtresse :

Fréquence de la garderie :

* **Forfait mensuel** à€ à l'année, durant toute l'année scolaire, sauf changement notifié à l'association, mon enfant ira à :

la garderie maternelle

la garderie primaire

l'étude surveillée et non à une aide personnalisée aux devoirs ce qui implique un temps pour le goûter et le travail d'au moins ¾ heures

Mon enfant sera présent les lundis matin

les lundis après-midi

les mardis matin

les mardis après-midi

les mercredis matin

les mercredis midi

les jeudis matin

les jeudis après-midi

les vendredis matin

les vendredis après-midi

En cas d'absence merci de prévenir soit l'école soit la personne de la garderie. L'école ayant une liste des enfants inscrits à la garderie

* **Occasionnel** pas plus de 5 fois par mois

Nombre de frères et sœurs :

Nombre de personnes vivant au foyer :

PARENTS

RESPONSABLE LEGAL 1 :

(père - mère- tuteur)

Nom

Prénom

Adresse

.....

.....

Tél. domicile

Portable.....

Adresse mail.....

Situation familiale

.....

Profession

.....

Employeur.....

Téléphone professionnel

.....

RESPONSABLE LEGAL 2 :

(père - mère- tuteur)

Nom

Prénom

Adresse

.....

.....

Tél. domicile

Portable.....

Adresse mail.....

Situation familiale

.....

Profession

.....

Employeur.....

Téléphone professionnel

.....

En cas de garde alternée, merci de nous fournir un « calendrier » précisant les semaines de garde de chaque parent.

INFORMATION POUR L'ETABLISSEMENT DU FORFAIT

N° Allocataire CAF :
Quotient familial CAF :
Non allocataire CAF Précisez de quel régime dépendez-vous ?

SECURITE

Mon enfant sera repris par :
.....
.....

A noter : Qu'un mineur ne peut pas récupérer un enfant à la garderie

Ou :

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant
....., l'autorise à rentrer seul(e) à partir de
..... heures.

Signature du responsable légal

REGLEMENT INTERIEUR DE LA GARDERIE

Je soussigné, Madame, Monsieur
reconnais avoir pris connaissance du règlement de la Garderie Périscolaire
Le Signature :

TRAITEMENT MEDICAL

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé grave ?

Si oui préciser :
.....

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone du médecin traitant :

**Vaccinations : Merci de nous fournir une photocopie du carnet
de vaccination de votre enfant**

Monsieur, Madame, autorisent* ou n'autorisent
pas* le personnel de la Ronde des Bambins à photographier notre enfant
..... Afin qu'il paraisse sur le site de la Ronde
des Bambins ou sur des Panneaux d'affichage.

**Barrer la mention inutile*

Je soussigné Madame, Monsieur,
responsable légal de l'enfant déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la
structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,
hospitalisation, intervention chirurgicale....) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le Signature