

FICHE D'INSCRIPTION GARDERIE 2022-2023
RPI SIDEVILLE - TEURTHEVILLE-HAGUE

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de Naissance :	
Classe :	Ecole :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	<input type="text" value="OUI / NON"/>
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	<input type="text" value="OUI / NON"/>
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	<input type="text" value="OUI / NON"/>
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	<input type="text" value="OUI / NON"/>

Appareillage	
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	<input type="text" value="OUI / NON"/>
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	<input type="text" value="OUI / NON"/>
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	<input type="text" value="OUI / NON"/>

Handicap	
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	<input type="text" value="OUI / NON"/>

PAI (projet d'accueil individualisé)

PAI : Votre enfant est-il concerné par le PAI

OUI / NON

PERSONNES A CONTACTER

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin

Nom du Médecin :

Tél :

Allergies

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)

Responsable 2 (*)

Fait à :

Fait à :

Date :

Date :

Signature :

Signature :

* A remplir obligatoirement