

**FICHE D'INSCRIPTION GARDERIE 2024 - 2025**  
**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. :

**Adresse de facturation** (si les adresses des parents sont différentes) :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	
<b>Partir seul</b> : 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"/>
<b>Prise de photo</b> : 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"/>
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	<input type="text" value="OUI / NON"/>
<b>Hospitalisation</b> : 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	
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	<input type="text" value="OUI / NON"/>
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	<input type="text" value="OUI / NON"/>
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	<input type="text" value="OUI / NON"/>

Handicap	
<b>Handicapé</b> : 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 (AUTRES QUE LES PARENTS)**

Contact		Contact	
<b>Nom :</b>		<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Lien :</b>		<b>Lien :</b>	
<b>Tél. :</b>		<b>Tél. :</b>	
<b>Portable :</b>		<b>Portable :</b>	
<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON	<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON
<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON	<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON
Contact		Contact	
<b>Nom :</b>		<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Lien :</b>		<b>Lien :</b>	
<b>Tél. :</b>		<b>Tél. :</b>	
<b>Portable :</b>		<b>Portable :</b>	
<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON	<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON
<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON	<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	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