

LOGO MAIRIE

COMMUNE DE PRANLES

## FICHE D'INSCRIPTION – PERISCOLAIRE ANNEE 2022/2023

### 1. IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

### 2. INSCRIPTIONS

#### **\*GARDERIE**

Mon enfant fréquentera la garderie de manière :  Occasionnelle  Régulière

Si fréquentation régulière, merci d'indiquer à titre indicatif les jours

LUNDI matin

MARDI matin

JEUDI matin

VENDREDI matin

LUNDI soir

MARDI soir

JEUDI soir

VENDREDI soir

#### **\*CANTINE**

Mon enfant prendra les repas à la cantine :  Régulière (chaque jour scolaire)  Irrégulière

Si fréquentation irrégulière, n'oubliez pas d'inscrire votre enfant auprès de Sabrina au plus tard le matin.

### **CONTACTS DES RESPONSABLES DE L'ENFANT**

**Nom** : .....

**NOM** .....

**Prénom** : .....

**PRENOM**.....

Père  Mère  Responsable légal

Père  Mère  Responsable légal

Tél domicile : .....

TEL domicile : .....

Tél prof. : .....

tel prof : .....

Portable : .....

portable : .....

Mail : .....

mail : .....

**AUTORISATIONS**

1 -  J'autorise  Je n'autorise pas les prises de photos/vidéo et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités de périscolaires.

2 – Autres personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant à la garderie (carte d'identité nécessaire)

-NOM PRENOM ET TELEPHONE

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

## FICHE SANITAIRE – PERISCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2022-2023

### 1. IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom

.....

Date de naissance :..... Classe :.....

### 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX-VACCINATIONS

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant atteste que les vaccinations de mon enfant sont à jour.

Traitement médicaux :.....

Précisez si votre enfant a des allergies (médicaments, aliments, asthme...) et la conduite à tenir :

.....

.....

Votre enfant suit-t-il un traitement médical permanent ?  Oui  Non

Si oui, merci de joindre une copie du Protocole d'Accueil Individuel (PAI).

Nom et n° de téléphone du Médecin traitant :.....

.....

En cas de contre-indication médicale pour la pratique de certaines activités merci de le préciser et de joindre un certificat médical.

### AUTORISATION

Je soussigné, ..... responsable légal

de l'enfant ci-dessus nommé, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature