



COMMUNE DE GESPUNSART

DOSSIER FAMILLE

Inscriptions

Cantine – Garderie

Pour valider votre dossier, chaque fiche doit être entièrement complétée. Dans le cas contraire, nous ne sommes pas autorisés à accepter votre enfant, ces renseignements nous étant indispensables. Merci de bien vouloir nous informer des éventuels changements en cours d'année pour la mise à jour de votre dossier.

Nom et Prénom du responsable de l'enfant :

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Lieu de travail du père :

Tél :

Lieu de travail de la mère :

Tél :

Nom et prénom De l'enfant inscrit	Classe	Date et lieu de naissance
1)		
2)		
3)		
4)		

Votre assurance responsabilité civile est contractée auprès de quel organisme ?
Merci de nous fournir une attestation.

Nom : n°

Personnes autorisées à récupérer le ou les enfant(s) ci-dessus mentionné(s) :

Autorise Madame, Monsieur
Adresse :
Adresse Madame, Monsieur
Adresse :

N° à appeler en cas d'urgence :

Médecin traitant :

Tél :

Règlement de fonctionnement (à conserver) :

Ai pris connaissance et approuve les règlements de fonctionnement

Cantine – garderie.

Signature du Responsable légal

(précédée de la mention lu et approuvé)

RESTAURANT SCOLAIRE – GARDERIE

INSCRIPTION ANNUELLE

ANNÉE SCOLAIRE 2022- 2023

(1 fiche par enfant inscrit)

NOM :

Prénom :

Classe :

À remplir et à retourner en Mairie

Jours d'inscription au restaurant scolaire

Tarif : 5 euros (repas + garderie du midi)

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Jours et heures d'inscription à la garderie

Tarif : 0.60€ la ½ heure

Rappel des horaires :

Matin : 7 h 30 – 8 h 30

Après- midi : 16 h 00 – 18 h 00

Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
Matin 7h30 à 8h30	Après-midi 16h00 à 18h00	Matin 7h30 à 8h30	Après-midi 16h00 à 18h00	Matin 7h30 à 8h30	Après-midi 16h00 à 18h00	Matin 7h30 à 8h30	Après-midi 16h00 à 18h00

FICHE SANITAIRE

ENFANT

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date et lieu de naissance :

VACCINATIONS :

VACCINS PRATIQUÉS	DATES

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ici les difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducation)

NATURE	DATES

RISQUES D'ALLERGIES :

A quoi ?

Comment cela se manifeste-t-elle ?.....

Comment intervenir ?.....

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES DES PARENTS :

Actuellement, l'enfant suit- il un traitement ?

OUI

NON

Si oui, lequel ? (joindre l'ordonnance).....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :