



# *Garderie périscolaire* *Année 2022/2023*

## **DOSSIER** *à rendre avant le 30 Juin 2022*

<b>Nom de l'enfant</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Classe fréquentée</b>

\*\*\*\*\*

### Pièces à retourner

**Fiche inscription et planning**  
**Règlement intérieur approuvé**  
**Attestation assurance année 2022 (au plus tard le 01/09/2022)**  
**Fiche sanitaire de liaison**  
**Copie du livret de santé (vaccination)**  
**Photocopie avis d'imposition 2021**  
**en cas de séparation :**  
**copie du jugement de divorce/séparation**  
**divers : .....**

**MERCI DE PRÉVOIR UNE PAIRE DE CHAUSSONS**



**Adresse mail : .....**



**GARDERIE PÉRISCOLAIRE  
DE HOUX**

**INSCRIPTION ET PLANNING**  
**Année 2022-2023**

Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Classe	MATIN *	SOIR*

*\*Merci de cocher les cases correspondantes à la présence de l'enfant*

Ceci constitue un engagement de votre part.  
Toute absence devra être signalée le jour même auprès des animatrices dans la mesure du possible au ☎ 06.12.28.57.09 ou par mail avant midi : [mairie.houx@gmail.com](mailto:mairie.houx@gmail.com)  
Toutefois en cours d'année, il est possible de modifier ce planning.

**RESPONSABLES LÉGAUX**

	Mère	Père
Nom Prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Tél. travail		
Mail		

Si d'autres personnes sont autorisées à venir chercher l'enfant (ou les enfants) veuillez indiquer leurs nom et prénom :  
.....  
.....  
.....

Une pièce d'identité sera obligatoirement présentée.

\*\*\*\*\*

Je soussigné(e), ....., père, mère, responsable légal, sollicite l'inscription du (ou des) enfant(s).....  
• M'engage à respecter le planning d'inscription ci-dessus.



- Autorise mon (ou mes) enfant(s) à participer à toutes les activités qui seront organisées (sauf contre indication médicale) à la garderie périscolaire .
- Autorise le responsable de la garderie à faire soigner, à faire hospitaliser et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- M'engage à payer l'ensemble des frais médicaux résultant des soins, de l'hospitalisation et de l'intervention éventuelles.

Médecin traitant : Nom.....Adresse.....  
.....

**Faire précéder la signature de la mention « LU ET APPROUVE »**

**Date et signature**



## MAIRIE de HOUX

10, rue de la Mairie 28130 HOUX

Tél. 02 37 32 31 54

✉ mairie.houx@gmail.com

### Acceptation du règlement intérieur de la Garderie Périscolaire de Houx

Je soussigné M. Mme. ....  
demeurant ....., père, mère, responsable  
légal de(s) l'enfant(s)..... m'engage, après avoir  
pris connaissance des conditions générales d'inscription à respecter et y adhérer totalement tant  
pour moi que pour mon (mes) enfant(s) les règlements en vigueur dans sa totalité dans la Garderie  
Périscolaire.

A.....

Le.....

**Signature Obligatoire :**

**(Faire précéder la signature de la mention « LU ET APPROUVE »)**



# GARDERIE PÉRISCOLAIRE DE HOUX

## FICHE SANITAIRE Année 2022-2023

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et peut être rendue au terme de l'accueil.

### 1- ENFANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon

Fille

### 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
B, C, G					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

**Attention :** Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	autres oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  Autres .....

*l'accueil d'un élève allergique se réalise dans le cadre d'un projet d'accueil individualisé P.A.I, seul le médecin scolaire peut donner l'autorisation.*

Certificat P.A.I ci-joint

oui

non

**INDIQUER CI-APRES :**

**Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération), en précisant les dates et les précautions à prendre.**

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

**4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres :**

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

**5- RESPONSABLE DE L'ENFANT (Champs à remplir obligatoirement)**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Nom et N° de Mutuelle :** .....

.....

**Assurance scolaire : N°** ..... *joindre l'attestation*

**Nom et ☎ des personnes à prévenir en cas d'urgence :** .....

.....

**Nom et ☎ de votre médecin traitant :** .....

**Souhaitez-vous qu'on le prévienne en cas de problème ?** oui  non

**Pour les personnes séparées ou divorcées merci de joindre un justificatif de la ou les personnes ayant l'autorité parentale .**

\*\*\*\*\*

**Je soussigné(e) M.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la restauration scolaire et / ou de la garderie périscolaire, le cas échéant, à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant et atteste que l'enfant cité en référence a subi les vaccinations obligatoires pour son âge.**

**Date :**

**Signature**