

**FICHE D'INSCRIPTION  
A L'ACCUEIL DU MATIN**Photo de  
l'enfant  
2024**A retourner à la mairie au plus tard le 05 août 2024****Documents à fournir** : - Photocopie des vaccinations à jour  
- Attestation d'assurance extrascolaire 2024-2025**IDENTIFICATION DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Classe à la rentrée :  Petite section  Moyenne section  Grande section**IDENTIFICATION DES PARENTS****Père**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_ \_\_\_\_\_

**Mère**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente du père) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_ \_\_\_\_\_

**Adresse mail d'envoi des factures** : \_\_\_\_\_**INFORMATIONS GENERALES**

N° d'affiliation CAF : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Social (auquel est affilié l'enfant) : \_\_\_\_\_

**INSCRIPTION A L'ACCUEIL DU MATIN**

L'accueil du matin a lieu de 7h30 à 8h00

👉 Jours réguliers d'inscription dans la semaine :

 lundi mardi jeudi vendredi

Autre personne à joindre en cas de besoin dans ce créneau horaire :

Nom : \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant (en cas de problème) :

1/ NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté ou autre : \_\_\_\_\_

2/ NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté ou autre : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Suit-il un traitement médical ?  non  oui

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Dans ce cas, venez à la rencontre du personnel pour leur remettre les médicaments en joignant : Copie de l'ordonnance / médicaments dans leur emballage sur lequel figure la posologie et le nom de l'enfant / autorisation écrite du responsable de l'enfant.

Nom du Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Est-il allergique ?  non  oui

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Autre renseignement utile à préciser : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_, agissant en qualité de représentant légal, autorise, en cas d'urgence, le responsable à faire intervenir les services de soins habilités à l'enfant.

Signature :

### EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS ET REGLEMENT INTERIEUR

Je déclare :

- que les renseignements portés sur ce document sont exacts
- avoir pris connaissance du règlement intérieur en l'approuvant dans son intégralité.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :