



GARDERIE PÉRISCOLAIRE

☎ 02 47 59 04 32
✉ contact@sis5communes.fr

FICHE D'INSCRIPTION

Année scolaire
2026 - 2027

(une fiche par enfant)

ÉLÈVE :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ☐ Fille ☐ Garçon

Classe fréquentée par l'enfant : École de :

☐ **Inscription Occasionnelle**

☐ **Inscription Régulière**

Merci de
cocher et
remplir selon
vos besoins

	lundi	mardi	jeudi	vendredi
matin				
soir				

1^{ER} RESPONSABLE LÉGAL (père, mère, tuteur, autre :) **Autorité parentale** ☐ oui ☐ non

Nom : Prénom :

Adresse :

Adresse e-mail :

Tél. où vous pouvez être joint pendant les heures de garderie :

Nom et adresse de l'employeur :

2^{ème} RESPONSABLE LÉGAL (père, mère, tuteur, autre :) **Autorité parentale** ☐ oui ☐ non

Nom : Prénom :

Adresse :

Adresse e-mail :

Tél. où vous pouvez être joint pendant les heures de garderie :

Nom et adresse de l'employeur :

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Tel :

Nom : Tel :

(Par sécurité, nous vérifions l'identité des personnes venant chercher les enfants ; une pièce d'identité sera demandée)

Je soussigné(e) en qualité de,
après avoir **pris connaissance et accepté les conditions du règlement intérieur de la garderie, déclare sincères et véritables les renseignements** mentionnés sur le présent document.

Merci de joindre l'attestation de responsabilité civile de l'enfant

A

Le

Signature du représentant légal ou tuteur :



GARDERIE PÉRISCOLAIRE

☎ 02 47 59 04 32
✉ contact@sis5communes.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire
2026 - 2027

(une fiche par enfant)

ÉLÈVE :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ☐ Filles ☐ Garçon

Classe fréquentée par l'enfant : École de :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps de présence de l'enfant à la garderie périscolaire ; Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ? *

* Rayez la mention inutile

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	Autre, à préciser

ALLERGIES : Asthme ☐ oui ☐ non

Médicaments ☐ oui ☐ non

Alimentaire ☐ oui ☐ non

Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

(si automédication le signaler, accompagné du certificat médical)

.....

.....

.....

.....

Indiquez ci-après :

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

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaire, etc... précisez.

.....

.....

.....

.....

Nous (je) soussignés (e),

responsable(s) légal(aux) de l'enfant,

déclarons (e) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons (e) le responsable de la garderie périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A

Signature du représentant légal ou tuteur :

Le