



**FICHE INSCRIPTION 2017/ 2018 (à retourner avant 12 août 2017)**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Classe : .....

• **PRESENCE** : cocher les cases où l'enfant sera présent

	<input type="checkbox"/>	Régime permanent				<input type="checkbox"/>	Régime flexible		<input type="checkbox"/>	Régime occasionnel	
		Lundi	Mardi	Jeudi	Vendr.						
Garderie du matin	1,10 €					1,10 €		2,20 €			
Garderie du soir	3,20 €					3,20 €		5,50 €			
Cantine	3,50 €					3,50 €		4,50 €			
Mercredi matin	5.00€					5.00€		6.00€			
Mercredi cantine	3.50€					3.50€		4.50€			
Mercredi après-midi	5.00€					5.00€		6.00€			

Rappel : Régime flexible : feuille à rendre le 25 du mois au plus tard pour le mois suivant  
 Régime occasionnel : Ajout par mail ou courrier uniquement

• **RESPONSABLE LEGAL:**

père       mère       tuteur légal

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Adresse courriel : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....

• **RESPONSABLE LEGAL:**

père       mère       tuteur légal

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Adresse courriel : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Téléphone : .....

• **AUTORISATION DE SORTIE DE L'ENFANT :**

J'autorise       Je n'autorise pas      mon enfant à sortir seul aux horaires prévus

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant et le ramener pour une sortie temporaire :

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....

• **DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise       Je n'autorise pas      la Commune de Jouy-le-Potier à utiliser les photographies prises au cours de la journée.

**Document à fournir:** photocopie de l'attestation de responsabilité civile et individuelle extrascolaire

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant  
 ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe  
 pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)  
 rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je déclare également avoir pris connaissance du règlement général et en  
 accepte toutes les modalités

A ....., le .....Signature(s)



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS - S.A.L.S.A/ CANTINE**  
Année 2017/2018



**Responsable légal**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....

**Renseignements concernant la famille :**

**Le père:** Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Adresse prof: .....  
Téléphone prof: .....

**La mère:** Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Adresse prof: .....  
Téléphone prof: .....

**Renseignement concernant l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....  
Date de naissance : .....  Garçon  Fille

**Vaccinations :**

*Joindre la photocopie du carnet de santé relative aux vaccins.  
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre les certificats médicaux de contre-indication.*

**L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**

Rubéole:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oreillons:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Otite:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angine:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Rougeole:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Allergies :**

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

Asthme:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Alimentaire:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuse:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation) dates et précautions à prendre:  
.....

Recommandations utiles des parents (verres de contacts, lunettes, prothèses auditives, dentaires ...):  
.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?  
.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :  
.....

**Assurance en responsabilité civile :**

Compagnie d'assurance : .....  
Titulaire du Contrat : .....

**Activités physiques et sorties :**

J'autorise mon enfant à pratiquer les activités physiques et sportives prévues :  
 Oui  Non

J'autorise mon enfant à effectuer les sorties proposées :  
 Oui  Non

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts mes renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A ....., le .....  
Signature(s)