



COMMUNE DE FONTAINE-LA-MALLET

ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021
ECOLE MATERNELLE JEAN FERBOURG

GARDERIE DU MATIN 0 *

GARDERIE DU SOIR 0 *

0 * cocher si vous souhaitez l'inscription de l'enfant

ENFANT

Nom et prénom de l'enfant

Date de naissance

Classe à la rentrée 2020

RESPONSABLE LÉGAL 1

Le responsable légal 1 est le destinataire de tous les courriers

Père O Mère O Autre O

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Commune.....

Adresse courriel

Tél :

RESPONSABLE LÉGAL 2

Père O Mère O Autre O

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Commune.....

Adresse courriel

Tél :

.../...

INSCRIPTIONS

GARDERIE DU MATIN = 2,25

LUNDI*	MARDI*	JEUDI*	VENDREDI*	Selon un calendrier *

* cocher les jours de garde de l'enfant

GARDERIE DU SOIR = 1,32 € la ½ heure

LUNDI*	MARDI*	JEUDI*	VENDREDI*	Selon un calendrier *

* cocher les jours de garde de l'enfant

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom et prénom	Lien de parenté	Adresse	Tél domicile	Tél portable

Je soussigné(e) M.....

Responsable de l'enfant

* autorise les animatrices à photographier / filmer mon enfant en activité à la garderie du soir et/ou à la garderie du matin et à utiliser ces photos dans le cadre des activités.

* autorise les animatrices à fournir une copie des supports photos et vidéos aux parents des enfants inscrits à la garderie du soir et/ou à la garderie du matin qui le souhaiteraient.

* autorise la Mairie de Fontaine-La-Mallet à publier ces photos dans le bulletin municipal ou tout autre support de communication.

Date et signature :

Dans le cadre des évènements liés à la pandémie de COVID-19, la municipalité est actuellement dans l'impossibilité de vous faire savoir si les services de garderies périscolaires pourront ouvrir à la rentrée de septembre 2020. La décision sera prise en fonction du contexte sanitaire et des conditions d'ouverture précisées dans les protocoles sanitaires ministériels. Un message d'information sera diffusé semaine 34 ou semaine 35. Merci de votre compréhension.

• **MODE DE COMMUNICATION**

- courrier mail (merci d'indiquer votre adresse mail ci-après)

• **MODE D'ENVOI DES FACTURES (facture mensuelle)**

- courrier mail

• **MODE DE RÈGLEMENT**

- espèces chèque
- prélèvement SEPA (**joindre votre RIB**)
- paiement en ligne via TIPI (paiement sécurisé en ligne des collectivités locales)

[O Merci de cocher la mention choisie](#)

Document à remettre au service administratif

Nom : **Prénom :**

Mairie de Fontaine-la-Mallet
22 Av. Jean Jaurès 76290 Fontaine-la-Mallet
☎ : 02.35.55.97.45 _ 📠 : 02.35.55.07.88
✉ : mairie@fontainelamallet.fr
Site internet : www.fontainelamallet.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	<p>1 – ENFANT NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
