



COMMUNE DE FONTAINE-LA-MALLET

ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022 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 2021

RESPONSABLE LÉGAL 1

Le responsable légal 1 est le destinataire de tous les courriers

Père Mère Autre

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Commune.....

Adresse courriel

Tél :

RESPONSABLE LÉGAL 2

Père Mère Autre

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Commune.....

Adresse courriel

Tél :

.../...

INSCRIPTIONS

GARDERIE DU MATIN = 2,25 (augmentation au 01/09/2021)

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

* cocher les jours de garde de l'enfant

GARDERIE DU SOIR = 1,32 € la ½ heure (augmentation au 01/09/2021)

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 :

• **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

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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
