



Année
2016/2017

**Fiche d'inscription
Garderie périscolaire**

Dompierre ☎ 06-38-81-45-27
La Chapelle du Mont de France ☎ 03-85-50-26-41
Matour ☎ 06-89-61-82-12
Tramayes ☎ 03-85-50-58-11
Trambly ☎ 03-85-50-47-36
Vérovres ☎ 03-85-24-88-95

L'ENFANT

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE Garçon Fille

SCOLARISE A L'ECOLE DE en classe de :

ALLERGIE, DIFFICULTES DE SANTE ET CONDUITE A TENIR :

.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM.....

ADRESSE :

.....

ADRESSE E-MAIL:

☎ FIXE ☎ PORTABLE 1.....

☎ PORTABLE 2 ☎ TRAVAIL

- REGIME** : CAF N°allocataire :
 MSA N°immatriculation :
 Autre préciser :

FAMILLE

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Profession		
Employeur		

Composition de la famille (nombre d'enfants à charge) :

MEDECIN DE FAMILLE

Nom : Tél :

Adresse :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

.....
.....

Qui joindre en cas d'urgence ?

1) Nom, prénom : ☎ :

2) Nom, prénom : ☎ :

3) Nom, prénom : ☎ :

ASSURANCES

- **Assurance Responsabilité Civile OBLIGATOIRE N° Police :**

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance:

.....

..... ☎ :

- **Assurance de personnes (non obligatoire mais fortement conseillée en cas de dommage aux biens d'autrui) N° Police :**

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance:

.....

..... ☎ :

AUTORISATION

Je, soussigné (e)
 autorise le SIVU à utiliser mon numéro allocataire CAF pour consulter sur le site CAFpro le montant de mon quotient familial CAF
 certifie l'exactitude des renseignements donnés.
 certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités choisies.
 autorise la directrice de la sortie à faire soigner mon enfant et à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé selon les prescriptions du corps médical consulté.
 m'engage à accepter et respecter le règlement intérieur (**voir au dos**)
 autorise l'utilisation des photos prises de mon enfant sur les supports de communication du SIVU (**dans le cas contraire, nous en faire la demande sur papier libre, joint au dossier d'inscription**).

A Le

Signature du représentant légal :