



NOM,Prénom de /des enfant(s):

Communauté de Communes MEUSE ROGNON
11 bd des Etats-Unis
52150 BOURMONT ENTRE MEUSE ET MOUZON
Tél : 03/25/02/74/86
Mail : periscolaire@meuserognon.fr

**Dossier d'inscription Pôle Garderie-Animation périscolaire
(hors vacances scolaires)**
Ecole de Bourmont
année scolaire 2017/2018

Cette fiche doit être complétée uniquement par les familles utilisant les services de la garderie périscolaire. Possibilité de s'inscrire en cours d'année, selon la capacité d'accueil. **Important :** cette fiche d'inscription tient lieu d'engagement, elle vous engage financièrement. Tout changement doit être signalé.

Lieu : Ecole maternelle de Bourmont

Horaires d'ouverture : Matin : 7h30/8h35 Soir : 16h30/18h30

Jours d'accueil : lundi, mardi, mercredi (le matin), jeudi, vendredi

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Parents	Mère	Père
NOM, Prénom	Autorité parentale <input type="checkbox"/>	Autorité parentale <input type="checkbox"/>
Adresse		
N° téléphone fixe		
N° téléphone portable		
N° téléphone lieu de travail		
Adresse mail		
Profession		

Situation de famille : célibataire – marié(e) - union libre - divorcé(e) - séparé(e) - veuf(ve) (rayer les mentions inutiles)

Compagnie d'assurance responsabilité civile :

N° de police d'assurance : _____
Si autre préciser : _____

Enfant(s)		
1-NOM, Prénom :	2-NOM, Prénom :	3-NOM, Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Age :	Age :	Age :
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/>	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/>	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/>
Masculin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
Classe 2017/2018:	Classe 2017/2018 :	Classe 2017/2018 :
Renseignements médicaux :		
Votre (vos) enfant(s) a (ont) t-il(s) un traitement médical ? si oui précisez le prénom de l'enfant et la nature du traitement.		
A-t-il (ont-ils) des allergies alimentaires ? si oui merci précisez.		

Autorisation parentale en cas d'intervention médicale ou chirurgie urgente

Je (nous) soussigné(e,és) :

Demeurant à :

Agissant en qualité de père-mère de (nom et prénom de l'enfant) :

.....

Agissant en qualité de père-mère de (nom et prénom de l'enfant) :

.....

Agissant en qualité de père-mère de (nom et prénom de l'enfant) :

.....

Déclare(nt) autoriser le personnel de la garderie, à prendre, en cas de maladie ou d'accident toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation, après avoir averti le responsable légal.

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours

**Autre(s) personne(s) à prévenir en cas d'urgence
ou autorisée(s) à récupérer votre ou vos enfant(s)**

NOM, Prénom, adresse, n° de téléphone :

NOM, Prénom, adresse, n° de téléphone :

NOM, Prénom, adresse, n° de téléphone :

Inscription

Occasionnelle

Hebdomadaire

Matin

soir

Les familles s'engagent à inscrire son ou ses enfant(s) auprès du personnel encadrant la veille au plus tard.

TARIFS

La facturation se fera à la demi-heure, toute demi-heure commencée sera due.

Tarif : 2€/heure

Demande de droit à l'image

Dans le cadre de nos activités, des photographies ou des vidéos peuvent être prises par l'équipe d'animation en vue de promouvoir les activités. Nous sollicitons donc votre autorisation pour les diffuser dans les locaux, dans la presse ou sur des flyers de présentation.

Autorise N'autorise pas

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A, le.....

Signature(s)