

**S.I.Vo.M. de SERMAISES**  
16, Rue de Paris  
45300 SERMAISES  
☎ : 02.38.39.72.92

Inscription Garderie Périscolaire  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
Année scolaire 2018/2019

*A retourner au secrétariat de Mairie*

**NOM de l'élève** : ..... **Prénom** : ..... **Classe** : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Sexe : F  M

Assurance scolaire : ..... N° de contrat : .....  
(joindre obligatoirement une attestation d'assurance)

N° d'allocataire CAF : .....

**Père** : ..... Responsable Légal : OUI  NON

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

☎ : Domicile ..... Portable ..... Professionnel .....

Adresse E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**Mère** : ..... Responsable Légal : OUI  NON

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

☎ : Domicile ..... Portable ..... Professionnel .....

Adresse E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**Autre** : ..... Responsable Légal : OUI  NON

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

☎ : Domicile ..... Portable ..... Professionnel .....

Adresse E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Facture à établir au nom de : M .....

Adresse : .....

.....

*Personnes (autre que les parents) autorisées à venir chercher l'enfant*

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté ou autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté ou autre : .....

## PLANNING HEBDOMADAIRE DE FREQUENTATION DE LA GARDERIE

Compléter le tableau ci-dessous en cochant les jours de fréquentation de votre enfant

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
7h00 – 9h00					
12h00 – 13h00					
16h30 – 18h30					

Mon enfant :

	OUI	NON
Sera récupéré à la fin des cours à 16h30		
Prendra le bus à l'issue des cours à 16h30		
Sera récupéré à la fin de la garderie (maximum 18h30)		

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus. Je déclare avoir pris connaissance des conditions particulières et générales du règlement intérieur de la garderie périscolaire et les accepter.

A ..... , le .....

Signature

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : ..... Tél : .....

Adresse : .....

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : OUI  NON

*Allergies* : .....

*Contre indications alimentaires* : .....

*Maladies chroniques* : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, autorise, en cas d'urgence, le responsable du centre d'accueil à prendre toutes mesures (traitement médical uniquement dans le cadre d'un P.A.I., hospitalisation, etc...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Signature

Pour les nouveaux inscrits ou tout changement de situation :

➤ Joindre à ce document photocopie du livret de famille et dernière notification CAF