



ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

GARDERIE PERISCOLAIRE DE DESCARTES Groupe Scolaire de la Côte des Granges

↳ REPRESENTANT LEGAL :

NOM : Prénom :

ADRESSE COMPLETE :

.....

.....

☎ Domicile ☎ Professionnel

📞 Mobile @ mail

↳ L'enfant est autorisé à quitter la garderie, accompagné par :

Uniquement ses parents ou tuteurs inscrits sur le dossier

ou

M. et/ou Madame en qualité de

☎ / 📞

M. et/ou Madame en qualité de

☎ / 📞

ATTENTION !!!!!!!!!

L'enfant ne pourra en aucun cas être confié à une personne non mentionnée sur la liste ci-dessus (sauf autorisation écrite, datée et signée, transmise uniquement au préalable par les parents).

↳ J'autorise mon (mes) enfant (s) âgé (s) de plus de 6 ans, à rentrer seul :

OUI

NON

 **ENFANTS CONCERNES :**

NOM	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée <i>(primaire ou maternelle)</i>

Fréquentation régulière

Fréquentation occasionnelle

HORAIRES	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
7h30 – 8h50				
16h30 – 18h30				

***Cocher le jour et l'horaire de garde souhaités**

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Coordonnées complètes du Médecin traitant :

NOM Prénom

Adresse.....



- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du service pour lequel l'enfant est inscrit.
- Je m'engage à signaler tout changement qui interviendrait au cours de l'année (adresse, situation...)
- Je déclare exact tous les renseignements portés sur ce document.

Fait à, le

Signature des parents

Pièces à joindre :

- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Copie des pages du carnet de santé correspondant aux vaccinations obligatoires (BCG + DT Polio)

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole Oreillons Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autre (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, remettre à la personne de l'accueil, une ordonnance récente des médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** hors temps scolaire : oui non

Pour les allergies alimentaires ou autres, l'asthme ou toute situation sanitaire particulière, l'accès au restaurant scolaire ou à la garderie périscolaire n'est envisageable qu'après la signature d'un **Projet d'Accueil Individualisé**, prendre rendez-vous auprès du responsable du service.

Précisez la pathologie :

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

RECOMMANDATIONS UTILES : Port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives et/ou dentaires, etc...

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