

FICHE EXPLICATIVE RELATIVE A L'INSCRIPTION A LA GARDERIE MUNICIPAL

Année 2019-2020

L'inscription d'un enfant dans un centre de loisirs comporte certaines obligations. Parmi celles-ci, la famille est tenue de remplir un dossier administratif. Le dossier de l'enfant, rempli entre le 01/09/2019 et le 05/08/2020 est valable durant toute cette période.

Pièces à fournir :

- Attestation de quotient familial de la Caisse d'Allocation Familiale indiquant le n° d'allocataire
- Notification de droits à l'aide aux loisirs de la Mutualité Sociale Agricole indiquant le n° allocataire

Ces documents sont indispensables car votre participation est calculée sur la base des revenus de la famille. De cette participation seront déduites les aides éventuelles dont vous pouvez bénéficier (CAF, MSA, Employeurs...).

- Photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé (si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication renouvelable tous les 6 mois)
- Photocopie du contrat d'assurance extra-scolaire
- Photo de l'enfant

Pièces à remplir :

- La fiche de renseignements
- La fiche sanitaire

Ces pièces seront transmises à la Mairie et doivent être remplies avec la plus grande exactitude. Toutes les modifications concernant les renseignements fournis doivent être impérativement signalées dans les plus brefs délais.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE

***Pour les annulations et les désistements, aucun changement ne sera accepté.
Les journées d'absence ne seront pas remboursées.***

Aucune inscription ne sera prise en dehors des jours et heures indiqués sur le planning.

Renseignements auprès de Mairie au 04.68.64.50.22

Mairie

LUNDI AU VENDREDI : 9H00 – 11H45 et 16h00 à 17h45

Les dossiers d'inscriptions pour l'année 2019/2020, seront acceptés jusqu'au 15 juillet 2019, 11h45.

FICHE D'INSCRIPTION

GARDERIE OPOUL-PERILLOS

PHOTO
OBLIGATOIRE

L'ENFANT :

NOM – prénom :

Date de naissance : Sexe (1) masculin féminin

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM – Prénom :

Agissant en qualité de (1) Mère Père tuteur(trice)

Adresse complète :

.....

Domicile : _/_/_/_/ travail : _/_/_/_/ portable : _/_/_/_/

LES PARENTS :

Situation Familiale :

	PERE	MERE
NOM – Prénom		
Employeur		
Profession		
Tél		

ASSURANCES ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Assurance extra-scolaire : N° de contrat :

N° assuré social couvrant l'enfant : l'organisme :

N° allocataire CAF / MSA :

N° allocataire MSA :

Quotient Familial : €

MEDECIN TRAITANT :

NOM :

Adresse :

Tél : _/_/_/_/_

EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS, PERSONNE A CONTACTER :

NOM – Prénom :

Tel : _/_/_/_/_

Personnes autorisées à reprendre l'enfant à la garderie :

(1) J'autorise mon enfant à rentrer seul

AUTORISATION PARENTALE

Ayant pris connaissance des modalités de fonctionnement de la garderie, je soussigné(e),
..... responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus,

- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et sur la fiche sanitaire de liaison,
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs de la garderie (activités sportives, activités en autonomie ...),
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures d'ouverture de la garderie;
- Dégage la responsabilité de l'équipe d'encadrement pour toute perte d'objets appartenant à l'enfant,
- Autorise les animatrices, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie; transfusion sanguine, suivant les prescriptions du médecin. Je m'engage à payer les frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle,
- Autorise les organisateurs à filmer ou à photographier mon enfant lors des différentes activités et à diffuser les documents si besoin.

Date :

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :

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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, 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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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

FICHE TARIFS 2019/2020

QUOTIEN FAMILIAL	FORFAIT MENSUEL
QF > 1250	13 €
1000 < QF < 1250	12 €
750 < QF < 1000	11 €
350 < QF < 750	9.50 €
QF < 350	8 €