



MAIRIE

7 Route Jean de la Fontaine

77730 MERY-SUR-MARNE

09 63 54 84 91

Téléphone garderie : 01 64 36 02 96

secretariat@mairie-merysurmarne.com

FICHE D'INSCRIPTION GARDERIE PERISCOLAIRE

Rentrée 2020-2021

ELEVE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

RESPONSABLES LEGAUX

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Mère : Nom de jeune fille : Autorité parentale : oui non

Nom maritale (nom d'usage) : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone domicile : Portable : Téléphone travail :

Mail :

Père : Nom : Autorité parentale : oui non

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone domicile : Portable : Téléphone travail :

Mail :

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Nous, parents de l'élève

Autorisons, en cas d'urgence, le personnel responsable du service périscolaire de l'école de Méry sur Marne à prendre toutes les dispositions nécessaires pour une hospitalisation.

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Numéro Sécurité Sociale dont dépend l'enfant :

Nom et numéro de téléphone Médecin traitant :

Fait à Le :

Signature :

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Je soussigné (e)....., responsable légal(e), autorise les services périscolaires, à photographier ou filmer mon ou mes enfants OUI ou NON (rayer la mention inutile).

Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins pédagogiques uniquement et pour les outils de communications desdits services.

Le.....

Signatures des parents :

Documents à fournir :

- Attestation d'assurance extrascolaire
- Photocopies des justificatifs des vaccins à jour
- Livret de famille
- Justificatif de domicile
- Règlement intérieur signé

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRE 2020/2021

Nom	Prénom	Né(e) le	Classe

Périscolaire - garderie	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inscription à l'année : <input type="checkbox"/>		Inscription occasionnelle : <input type="checkbox"/>		

Périscolaire - garderie	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inscription à l'année : <input type="checkbox"/>		Inscription occasionnelle : <input type="checkbox"/>		

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER VOTRE ENFANT

Nom : Prénom :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

Lien de Parenté :

Nom : Prénom :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

Lien de Parenté :

TRAITEMENT MEDICAL OU ALLERGIE

Votre enfant a-t-il un traitement médical particulier ?

OUI

NON

Si oui, précisez le type de traitement : et joindre au dossier un certificat médical.

Par ailleurs, si votre enfant présente une allergie alimentaire, merci de nous en informer et de munir votre enfant de son goûter.