



FICHE D'INSCRIPTION CANTINE / GARDERIE RENTREE 2021 - 2022

A déposer en Mairie – rempli et signé

1 Rue Jean Moulin
77590 Fontaine le Port
Tél : 01 64 38 30 40

CLASSE :

NOM de l'enfant : **Prénom de l'enfant :**
Date de naissance : **Sexe :** Masculin Féminin

Joindre une photo de moins de 3 mois de l'enfant

Vaccinations : Joindre une copie des feuillets de vaccinations **obligatoires** du carnet de santé de l'enfant

Assurance : Fournir attestation en cours de validité.

Représentant légal : **en qualité de :**

Adresse :

Tél : **Portable :**

E MAIL :

PARENT 1

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

En activité : oui non

Lieu de travail :

Tél professionnel :

Portable :

Mail :

PARENT 2

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

En activité : oui non

Lieu de travail :

Tél professionnel :

Portable :

Mail :

INSCRIPTION CANTINE: (sera validée à réception du dossier complet)

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Cantine				

Toute modification relative à l'inscription annuelle devra être signalée au plus tard
le vendredi soir 18h semaine moins 1, au service de cantine-garderie,

par mail : cantine-garderie-fontaineleport@orange.fr

Facturation pour toute absence sauf en cas de certificat médical.

INSCRIPTION GARDERIE :

Votre enfant fréquentera-t-il la garderie (il n'est pas nécessaire de définir les jours de fréquentation) :

Paielements :

Privilégier le règlement par prélèvement (renseignements compta-mairie-fontaineleport@wanadoo.fr
pour remplir le mandat de prélèvement
Ou par chèque à l'ordre du TRESOR PUBLIC (adresse sur la facture)
ou sur www.tipi.budget.gouv.fr (site sécurisé)

Personnes autorisées à prendre mon enfant :

Nom : Tél. :
Nom : Tél. :

Mise en place d'un P A I	OUI	NON
Régime alimentaire	OUI	NON
Allergie alimentaire	OUI	NON
Autre		

Votre enfant a-t-il eu :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Otites	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire

Informations et recommandations importantes

Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires, semelles orthopédiques, autres....

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : Tél. :

Nom : Tél. :

Médecin traitant :

Nom : Tél. :

Adresse :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant,

Certifie exacts, les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Accepte que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités de la structure pour une diffusion sur les publications de la commune	OUI	NON
---	-----	-----

Fait à Fontaine le Port le,

Signature

Parent 1 (ou tuteur)

Parent 2 (ou tutrice)