

FICHE D'INSCRIPTION GARDERIE 2026 - 2027
RPI SIDEVILLE - TEURTHEVILLE-HAGUE

| ENFANT | |
|---------------------|---------|
| Identité | |
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Sexe : | |
| Date de Naissance : | |
| Classe : | Ecole : |

| RESPONSABLE LEGAL | |
|--|--|
| Responsable 1 | Responsable 2 |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |
| Adresse : | Adresse : |
| Email : | Email : |
| Tél. : | Tél. : |
| Portable : | Portable : |
| Tél. Pro. : | Tél. Pro. : |

Adresse de facturation (si les adresses des parents sont différentes) :

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES | |
|---|--|
| Autorisations | |
| Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche). | <input type="text" value="OUI / NON"/> |
| Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | <input type="text" value="OUI / NON"/> |
| Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. | <input type="text" value="OUI / NON"/> |
| Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant | <input type="text" value="OUI / NON"/> |

| Appareillage | |
|--|--|
| Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ? | <input type="text" value="OUI / NON"/> |
| Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | <input type="text" value="OUI / NON"/> |
| Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? | <input type="text" value="OUI / NON"/> |

| Handicap | |
|--|--|
| Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | <input type="text" value="OUI / NON"/> |

PAI (projet d'accueil individualisé)

PAI : Votre enfant est-il concerné par le PAI

OUI / NON

PERSONNES A CONTACTER (AUTRES QUE LES PARENTS)

| Contact | | Contact | |
|---------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Lien : | | Lien : | |
| Tél. : | | Tél. : | |
| Portable : | | Portable : | |
| Appel en cas d'urgence : | OUI / NON | Appel en cas d'urgence : | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON |
| Contact | | Contact | |
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Lien : | | Lien : | |
| Tél. : | | Tél. : | |
| Portable : | | Portable : | |
| Appel en cas d'urgence : | OUI / NON | Appel en cas d'urgence : | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON |

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin

Nom du Médecin :

Tél :

Allergies

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

| Responsable 1 (*) | Responsable 2 (*) |
|-------------------|-------------------|
| Fait à : | Fait à : |
| Date : | Date : |
| Signature : | Signature : |

* A remplir obligatoirement