

**DOSSIER INSCRIPTION  
GARDERIE  
2024 / 2025**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Renseignements enfants :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

**Renseignements parents :**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Numéro de téléphone domicile : .....

Numéro de téléphone travail : .....

Numéro de téléphone portable : .....

Profession du père : ..... Profession de la mère : .....

**Nourrice :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

---

Je soussigné(e) ....., mère, père, tuteur  
de

..... Autorise la Mairie à prendre toute  
décision en cas d'urgence médicale.

**Nom et prénom des personnes autorisées à venir chercher votre enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Numéro de téléphone : .....

**Dates de vaccinations :**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tétanos ...../...../.....          | Rappel ...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> DT Polio ...../...../.....         | Rappel ...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> DT Coq ...../...../.....           | Rappel ...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> Trétracoq ...../...../.....        | Rappel ...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> Prise Polio ...../...../.....      | Rappel ...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> Antituberculeuse ...../...../..... | Rappel ...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> Antivaricelle ...../...../.....    | Rappel ...../...../..... |
| <input type="checkbox"/> Autres vaccins ...../...../.....   | Rappel ...../...../..... |

**L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**

- |             |                              |                              |
|-------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Varicelle   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Angines     | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Rhumatismes | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Otites      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Asthme      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Rougeole    | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Oreillons   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

**Allergie(s) :**.....

Nom du médecin de famille .....

Adresse et Numéro de téléphone .....

**Observation(s) :** .....

.....  
.....

Je soussigné(e) .....

AUTORISE  N'AUTORISE PAS

en cas de retard exceptionnel de ma part, le professeur de mon enfant (nom et prénom)

..... à laisser celui-ci à la garderie, après la classe.

Fait à Mary sur Marne le ...../...../.....

*(Signature)*

Je soussigné(e), ....., mère, père, tuteur de

.....

AUTORISE  N'AUTORISE PAS

à quitter la garderie pour rentrer seul à son domicile à ..... heures .....

Fait à Mary sur Marne le ...../...../.....

*(Signature)*