

**DOSSIER INSCRIPTION
GARDERIE
2025 / 2026**

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)