



Mairie de DOUVRES LA DELIVRANDE

02.31.36.24.24

magilmas@mairie-douvres14.com

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**RESTAURATION SCOLAIRE - GARDERIE**  
**Niveau : maternelle**

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Portable :

**Pièces à joindre au dossier**

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| - Photo                           | - Relevé d'imposition de l'année précédente |
| - Certificat d'assurance scolaire | - Attestation de prestation CAF             |
| - PAI                             | - RIB                                       |
| - Autorisation d'hospitalisation  | - Autorisation de prise de photos           |

**Informations facturation**

- Par prélèvement automatique : joindre un RIB. Un formulaire de prélèvement vous sera retourné pour signature.
- Par chèque à retourner la trésorerie de Ouistreham : *9 route de Lion 14150 Ouistreham.*
- Par internet : sur le site [www.tipi.budget.gouv.fr](http://www.tipi.budget.gouv.fr) en saisissant les codes qui sont sur votre facture.

## Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs

Classe ou groupe

### Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

### Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom	Nom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

### Informations complémentaires

Autorise à partir	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la prise de	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la participation aux sorties	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port de lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil dentaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil auditif	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

### Pratiques alimentaires

Type de régime	Commentaires

### Données complémentaires


Date et signature :

## Fiche de la famille

### Responsable

Civilité :

Prénom :

Nom :

#### Situation

Qualité\* :

Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

#### Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville

#### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

#### Profession

Profession :

Catégories sociaux professionnelles\* :

Employeur

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

N° CAF :

\* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

#### Autorisations

Information par mail\* :

Information par SMS\* :

\* Oui / Non

### Conjoint

Civilité :

Prénom :

Nom :

#### Situation

Qualité\* :

Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

#### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

## Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville

## Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

## Profession

Profession :

Catégories sociaux professionnelles\*:

Employeur

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

## Autorisations

Information par mail\* :

Information par SMS\* :

\* Oui / Non

Date et signature :

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: center;">1 - ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**2 - VACCINATIONS** ( se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?      oui       non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES**

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME      oui       non   
 ALIMENTAIRES    oui       non

MÉDICAMENTEUSES    oui       non

AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare

exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## Inscription Cantine, Pédibus et Garderie Municipale

Établissement : École Marie Curie  
NIVEAU MATERNELLE

### **Cantine Prévert**

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### **Garderie du matin 7h30 à 8h40**

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### **Garderie du soir 16h30 à 18h30**

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

Attention : Chaque dépassement horaire sera facturé 5 euros.

Date et signature :