**Fiche d’inscription et de renseignements 2022-2023**

**« Le Repaire des Pirates »**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ENFANT 1** | **ENFANT 2** | **ENFANT 3** |
| **Nom** |  |  |  |
| **Prénom** |  |  |  |
| **Date de Naissance** |  |  |  |
| **Lieu de Naissance** |  |  |  |
| **Classe** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RESPONSABLE 1 (facturé)** | **RESPONSABLE 2** |
| **NOM** |  |  |
| **PRENOM** |  |  |
| **SITUATION FAMILLIAL**  **(marié, pacsé, séparé,…)** |  |  |
| **ADRESSE**  **CODE POSTALE**  **VILLE** |  |  |
| **TELEPHONE (portable)** |  |  |
| **TELEPHONE PRO** |  |  |
| **PROFESSION** |  |  |
| **MAIL** |  |  |
| **NUMERO D’ALLOCATAIRE CAF OU MSA SI <710** |  |  |

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L’ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D’URGENCE (HORS RESPONSABLE)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **NOM** |  |  |  |  |
| **PRENOM** |  |  |  |  |
| **PORTABLE** |  |  |  |  |

**MEDECIN TRAITANT ; NOM, PRENOM………………….......................................**

**ADRESSE……………………………………………………………………**

**TELEPHONE……………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| MEDICAL |  |  |
| J’autorise les responsables à prendre toute mesure (traitement médical, appel des services d’urgence, transport, hospitalisation et intervention médicale) en cas de besoin | | |
| DROIT à L’IMAGE  J’autorise gracieusement l’utilisation et la publication des images photos et vidéos de mon (mes) enfant(s) | | |
| Dans l’enceinte de la garderie (diaporama, activités) |  |  |
| Support publique (journal de Gien, etc.…) |  |  |

Déclare exacts les renseignements complètes sur ce dossier d’inscription et avoir pris connaissance, complété et signé la fiche sanitaire de liaison ainsi que le règlement intérieur.

Je m’engage à notifier par écrit tout changement aux animatrices.

Fait à Dampierre-en-Burly, le………………………………..

Signatures (obligatoire)