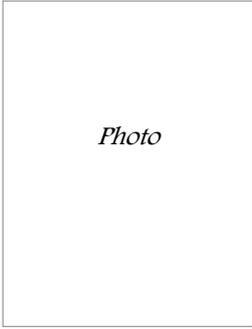


**MAIRIE DE BOUSSY SAINT ANTOINE**  
**SERVICE PETITE ENFANCE**  
 ~ Accueil occasionnel ~



Date inscription :  
 Date d'entrée souhaitée :

**NOM :**  
**PRENOM :**  
 Date de naissance :  
 Lieu de naissance :  
 Département :

**STRUCTURE :**  
 Toboggan accueil occasionnel   
 Toupie

Domicile :  
 Téléphone

**SITUATION FAMILIALE**

	PERE	MERE
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Lieu de naissance :		
Portable :		
Profession :		
Employeur :		
Adresse professionnelle :		
Téléphone professionnel :		
N° sécurité sociale :		
Code gestion :		
N° allocataire CAF		
Responsable légal :		

**FRATRIE**

Nom	Prénom	Date naissance	Structure fréquentée

**Jours et horaires d'accueil souhaités :**

Lundi :	.....M <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>
Mardi :	.....M <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>
Mercredi :	.....M <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>
Jeudi :	.....M <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>
Vendredi :	.....M <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>

1 ½ journée par  
semaine maximum

**Observations :** .....

.....

.....

## VACCINATIONS

**Médecin traitant :** ..... Téléphone : .....

BCG Date : .....

Vaccin :				
1 <sup>ère</sup> injection				
2 <sup>ème</sup> injection				
3 <sup>ème</sup> injection				
Rappel				

Régime alimentaire particulier : .....

Allergies : .....

Remarques concernant la santé de l'enfant

## AUTORISATIONS DU CHEF DE FAMILLE

- ❖ *Je soussigné (père ou mère ou tuteur légal) autorise mon fils/ma fille (nom prénom) : à participer à toutes les activités de la structure ainsi qu'aux sorties organisées en dehors de la ville, à être photographié ou filmé.*
- ❖ *J'autorise le transport de mon enfant dans le véhicule de service du Service Petite Enfance ou dans les transports en commun..*
- ❖ *J'autorise la Directrice à communiquer mes coordonnées au Centre Socioculturel*
- ❖ *J'autorise la Directrice à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale indispensable. En cas d'urgence, et en fonction de son état mon enfant sera transporté à l'hôpital.*
- ❖ *En cas d'impossibilité de notre part, j'autorise la(les) personne(s) suivante(s) à reprendre notre enfant :*  
M..... Tél : .....  
M..... Tél : .....  
M..... Tél : .....
- ❖ *Je m'engage à prévenir la Directrice de la structure de tout changement qui serait de nature à modifier ces renseignements (changement d'adresse, de situation familiale, etc...).*
- ❖ *Je certifie que les renseignements portés sur cette présente fiche sont exacts.*
- ❖ *Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter intégralement les termes.*

A Boussy-Saint-Antoine, le

Signature :