



# Inscription à la halte-garderie de Guzet

## Saison 2023-2023

**Date d'inscription :**

**Enfant**

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe :

N°allocataire CAF :

N° assurance responsabilité civile :

N° allocataire M.S.A (dénomination et n° de contrat) :

Adresse :

Adresse sur Guzet :

Tarif usager extérieur :

2023-2024

Heure : 8 €

Matinée : 20 €

Après-midi : 20 €

Journée : 30 €

Tarif habitant de la CC

Couserans Pyrénées ou

saisonnier :

Selon les ressources du couple en N-2

	NOM - PRENOM	PROFESSION	EN ACTIVITE	N° DE TELEPHONE
<b>Parent 1</b>			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Parent 2</b>			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Adresse mail :

**Médecin traitant :**

N° de téléphone :

Adresse :

Mon enfant a déjà été accueilli en structure collective :       oui       non

Je soussigné M..... agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale,

A. Autorise les personnes majeures suivantes (autres que les parents) à venir chercher l'enfant au sein de la structure :

NOM - PRENOM	ADRESSE	LIEN DE PARENTE	N° DE TELEPHONE

B. Autorise les responsables à prendre toute mesures utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents, étant entendu que je serai prévenu.e dans les plus brefs délais.

Oui       Non

● En cas d'urgence ou d'impossibilité de joindre la personne responsable de l'enfant, prévenir :

NOM - PRENOM	ADRESSE	LIEN DE PARENTE	N° DE TELEPHONE

C. Indique les faits marquants depuis la naissance de l'enfant :

- Hospitalisation :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

- Intervention chirurgicale :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

- Dates des vaccinations :

NOM - PRENOM	1 <sup>ère</sup> injection	2 <sup>ème</sup> injection	Rappel
<b>Diphtérie – tétanos – poliomyélite</b>	2 mois*	4 mois*	11 mois*
<b>Coqueluche</b>			
<b>Haemophilus Influenzae de type B</b>			
<b>Hépatite B</b>	2 mois*	4 mois*	11 mois*
<b>Pneumocoque</b>	2 mois*	4 mois*	11 mois*
<b>Méningocoque C</b>	5 mois*	12 mois*	
<b>Rougeole- Oreillons- Rubéole</b>	12 mois*	16-18 mois*	

\*Age de l'enfant au moment de la vaccination

- Allergies :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

Nécessitant un régime :  Oui  Non

Si oui, lequel : .....

Mise en place d'un P.A.I :  Oui  Non

- Maladies chroniques :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

Nécessitant une prise en charge :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

Mise en place d'un P.A.I :  Oui  Non

- Maladies récurrentes (otite...) :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

Nécessitant une prise en charge :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

●Handicap :  Oui  Non

Si oui, lequel : .....

Nécessitant une prise en charge :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

D. Autorise mon enfant à participer à toutes les sorties proposées par la structure (promenade, sortie luge...)

Oui  Non

E. Autorise la photographie de mon enfant

Oui  Non

F. Atteste avoir lu le règlement de fonctionnement de la structure d'accueil, en accepte les dispositions et m'engage à les respecter

G. Atteste avoir remis l'autorisation parentale d'administration de traitements

H. Atteste avoir lu le règlement de fonctionnement de la structure d'accueil, en accepte les dispositions et m'engage à la respecter

I. M'engage à signaler tout changement dans les renseignements fournis à ce jour.

Fait à ..... le.....

Signature de tous les titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal précédé de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».