**Mairie de Saignon**

POUR L’ADMINISTRATION

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° ordre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSCRIPTION ANNÉE 2025 / 2026**

**GARDERIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Temps de garderieNom et prénom de l’enfant | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
| \*Matin | \*Soir | \*Matin | \*Soir | \*Matin | \*Soir | \*Matin | \*Soir |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Période à cocher par enfant

**SITUATION FAMILIALE**

🞎 Marié 🞎 Célibataire 🞎 Veuf (ve) 🞎 Divorcé(e) 🞎 Vie maritale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Représentant légal 1** | **Représentant légal 2** |
| **NOM Prénom** |  |  |
| **Adresse complète** |  |  |
| **Adresse d’envoi de la facture***(Si séparation des parents, cocher la case correspondante)* |  |  |
| **Téléphone portable / domicile** |  |  |
| **Téléphone travail** |  |  |
| **Email****(en majuscule)** |  |  |
| **Profession** |  |  |

**RÉGIME D’ASSURANCE SOCIALE :**

Sécurité Sociale **N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

CAF (obligatoire pour le calcul de la tarification) **N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ou**

MSA N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’assurance **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° contrat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORISATION :**

Personnes à prévenir en cas de nécessité/autorisées à récupérer l’enfant (**autre que les parents**)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-Prénom | Adresse | Téléphone | Lien de parenté |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**MÉDICAL**

J’autorise le responsable de l’accueil « Ludo Soleil Lavande » à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d’accident, de maladie et à présenter notre enfant à un médecin en cas de soin à donner d’urgence

 🞎Oui 🞎Non

Tout médicament à prendre durant l’accueil périscolaire ou le centre de loisirs doit être remis accompagné d’une ordonnance récente, au responsable de l’ALSH.

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts.

\_

 A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature des parents ou représentant légal

  **Père**  **Mère**

**A fournir avec la fiche d’inscription :**

* **Assurance en responsabilité civile**
* **Photocopies des vaccins (carnet de santé)**
* **Carte vitale de la personne responsable de l’enfant**