



FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS 2025 / 2026  
CE DOCUMENT EST A RETOURNER AU SERVICE ALP.

REGIE CANTINE  
ET GARDERIE

**ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....  GARCON

FILLE

DATE de NAISSANCE : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

.....

MATERNELLE  ELEMENTAIRE Classe : .....

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**  PARENT 1  PARENT 2

**Situation familiale :**  Marié.e  Concubin  Pacsé.e  Séparé.e  Divorcé.e  Célibataire  
 Veuf.ve  Garde alternée

	PARENT 1 : .....	PARENT 2 : .....
NOM - PRENOM		
Date et lieu de naissance		
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Adresse mail		

Adresse mail pour la facturation : .....

Si vous n'avez pas de connexion internet merci de préciser  NEANT

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT (Pièce d'identité obligatoire)**

Nom Prénom		Téléphon e		Lien de parenté	
Nom Prénom		Téléphon e		Lien de parenté	
Nom Prénom		Téléphon e		Lien de parenté	
Nom Prénom		Téléphon e		Lien de parenté	

## AUTORISATIONS

Je soussigné.e, ..... responsable légal de l'enfant,

- Autorise mon enfant à quitter **seul** la garderie  OUI  NON

- Autorise le responsable du service de cantine scolaire et de garderie de la commune de La Calmette à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : .....

N° contrat d'assurance responsabilité civile : ..... COMPAGNIE : .....

- Autorise le responsable de la garderie à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique  OUI  NON

## OBSERVATIONS, ALLERGIES OU DIFFICULTÉS DE SANTE

.....

.....

.....

.....

.....

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ** (Repas fourni par les parents)  OUI  NON

**REGIME ALIMENTAIRE à préciser:**

.....

Indiquer si votre enfant est en situation de handicap  OUI  NON

## MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Téléphone : .....

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

Nom Prénom		Téléphon e		Lien de parenté	
Nom Prénom		Téléphon e		Lien de parenté	
Nom Prénom		Téléphon e		Lien de parenté	
Nom Prénom		Téléphon e		Lien de parenté	

Je certifie exact les renseignements portés sur cette fiche

Fait à ....., le .....

Signature :