



Mairie de Gex  
77, rue de l'Horloge  
01170 GEX  
☎ : 04 50 42 63 00  
✉ : 04 50 41 68 77  
mairie@ville-gex.fr

# DEMANDE D'INSCRIPTION

## Garderie Périscolaire

### 2018/2019

#### SERVICE ÉDUCATION ET SPORTS

La Famille		Nom et prénom des responsables légaux	Téléphones
	1		
	2		



NOM et PRÉNOM de l'enfant	Date de naissance ET âge	école fréquentée	Niveau de classe	régime spécifique*	
				PAI	SANS PORC
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\***Régime spécifique** (veuillez cocher la case si nécessaire) : PAI (protocole établi avec le médecin personnel), en dehors de ces deux exceptions, aucune modification de menus n'est acceptée.

#### RAPPEL DES MODALITÉS D'INSCRIPTION À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

- Les créneaux horaires réservés sont facturés que l'enfant soit présent ou non, sauf en cas d'annulation, 7 jours avant par courrier ou mail : [mairie@ville-gex.fr](mailto:mairie@ville-gex.fr) .Remboursement possible sur présentation d'un certificat médical si absence de 5 jours ou plus.
- Toute ½ heure entamée supplémentaire sera facturée
- Toute modification apportée au dossier sera à signaler au responsable de la garderie Périscolaire :
- [perisco.parozet@ville-gex.fr](mailto:perisco.parozet@ville-gex.fr)    [perisco.perdtemps@ville-gex.fr](mailto:perisco.perdtemps@ville-gex.fr)    [perisco.vertes@ville-gex.fr](mailto:perisco.vertes@ville-gex.fr)

#### ➤ INSCRIPTION IDENTIQUE À TOUS LES ENFANTS DE LA FAMILLE

#### INSCRIPTION

- à l'année
- au trimestre
  - 1<sup>er</sup> trimestre (septembre à décembre)
  - 2<sup>ème</sup> trimestre (janvier à avril)
  - 3<sup>ème</sup> trimestre (mai à juillet)
- en ticket secours (inscription occasionnelle et en fonction des places disponibles) en formulant la demande auprès des responsables périscolaires

		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	7h30-8h30 : 1h00				
	8h00-8h30 : 0h30				
APRES- MIDI	16h15-16h45 : 0h30				
	16h15-17h 15 :1h00				
	16h15-17h45 : 1h30				
	16H15- 18h15 et jusqu'à 18h30 : 2h00				

Fait à Gex, le

Signature des responsables légaux :

## ➤ INSCRIPTIONS DIFFÉRENTES POUR CHAQUE ENFANT DE LA FAMILLE

---

**NOM et PRÉNOM du 1er enfant:**

---

INSCRIPTION

à l'année

au trimestre

1<sup>er</sup> trimestre (septembre à décembre)

2<sup>ème</sup> trimestre (janvier à avril)

3<sup>ème</sup> trimestre (mai à juillet)

en ticket secours (inscription occasionnelle et en fonction des places disponibles) en formulant la demande auprès des responsables périscolaires

		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	7h30-8h30 : 1h00				
	8h00-8h30 : 0h30				
APRÉS MIDI	16h15-16h45 : 0h30				
	16h15-17h15 : 1h00				
	16h15-17h45 : 1h30				
	16h15-18h15 et jusqu'à 18h30 : 2h00				

**NOM et PRÉNOM du 2<sup>ème</sup> enfant:**

---

INSCRIPTION

à l'année

au trimestre

1<sup>er</sup> trimestre (septembre à décembre)

2<sup>ème</sup> trimestre (janvier à avril)

3<sup>ème</sup> trimestre (mai à juillet)

en ticket secours (inscription occasionnelle et en fonction des places disponibles) en formulant la demande auprès des responsables périscolaires

		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	7h30-8h30 : 1h00				MATIN
	8h00-8h30 : 0h30				
APRÉS MIDI	16h15-16h45 : 0h30				APRÉS MIDI
	16h15-17h15 : 1h00				
	16h15-17h45 : 1h30				
	16h15-18h15 et jusqu'à 18h30 : 2h00				

Fait à Gex, le

Signature des responsables légaux :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 1009P02

1 - ENFANT  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	
Ou DT pulvé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non   
 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)  
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	REUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
 PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....  
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....  
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare  
 exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,  
 toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
 l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

**Mairie de GEX**  
**Mairie de GEX**  
**Rue de l'horloge**

OBSERVATIONS