



FONDATION Henriette Viollet - Aide Aux Familles (RUP)

HALTE-GARDERIE

12 RUE CHOMEL – 75007 PARIS

☎ : 01.42.22.34.24 – mail : halte-garderie@amf-paris.asso.fr

N°

FICHE D'INSCRIPTION 2022 / 2023

Nom de l'enfant : _____ Date de Naissance : _____

Prénom : _____ Sexe (G/F) : _____

Nationalité : _____ N° CAF : _____

Nom du Responsable 1 : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : _____ mail _____

Profession : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

_____ Téléphone professionnel : _____ Téléphone portable : _____

Nom du Responsable 2 : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : _____ mail _____

Profession : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

_____ Téléphone professionnel : _____ Téléphone portable : _____

Frères et Sœurs :

Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Frais de dossiers : _____

Les frais de dossiers ne sont en aucun cas remboursables et sont valables pour toute la période du 29/08/2022 au 31/07/2023.

Je (nous) soussigné(e)(ions) Mr.....et/ou Mme.....

-confirme (ons) :

-avoir pris connaissance et accepté les informations données dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement disponible à l'accueil.

-avoir été informé(e)(s) que toutes les informations données sur cette fiche d'inscription seront enregistrées sur un logiciel d'activité géré par la halte-garderie qui s'engage à ne pas les divulguer.

-atteste(ons) :

-communiquer à la halte garderie tout changement concernant ma(notre)situation professionnelle ainsi que les procurations nécessaires pour permettre aux personnes désignées de venir chercher mon(notre) enfant à la halte garderie.

Cette fiche d'inscription sera validée, après la signature du contrat d'accueil de votre enfant, pour l'admission de votre enfant à la halte garderie.

Paris, le _____

Signature

OBSERVATIONS MEDICALES

MEDECIN : Nom : _____ Téléphone : _____

VACCINS

Photocopie des vaccinations

Groupe sanguin :

ANTECEDENTS MEDICAUX

A la Naissance :

Depuis la Naissance :

Traumatismes :

Hospitalisation

Dates : _____ Motifs : _____

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES

Qui prévenir en cas d'accident autre que les parents ? Nom _____ : Prénom : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

PROCURATION

Je(nous) autorise(ons) : Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

A venir chercher mon (notre) enfant à la halte garderie. Date : _____ Signature : _____

PROCURATION

Je(nous) autorise(ons) : Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

A venir chercher mon (notre) enfant à la halte garderie. Date : _____ Signature : _____

PROCURATION

Je(nous) autorise(ons) : Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

A venir chercher mon (notre) enfant à la halte garderie. Date : _____ Signature : _____

PROCURATION

Je(nous) autorise (ons) : Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

A venir chercher mon (notre) enfant à la halte-garderie. Date : _____ Signature : _____