



## DOSSIER GARDERIE

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

A compléter pour tous les élèves et à joindre au dossier

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

### IDENTITÉ DU FOYER

Père /  Mère /  Beau-père /  Belle-mère /  Père /  Mère /  Beau-père /  Belle-mère /  
 Autre : .....  Autre : .....

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Courriel : .....

Courriel : .....

Tel portable : .....

Tel portable : .....

Tel fixe : .....

Tel fixe : .....

Tel travail : .....

Tel travail : .....

Adresse postale : .....

### SITUATION FAMILIALE

Marié  Pacsé  Union libre  Célibataire  Divorcé  Séparé  Veuf

*En cas de séparation/divorce :*

Garde principale de l'enfant :  Père  Mère  Garde alternée

Coordonnées de l'autre parent :

Père  Mère

Nom et Prénom : .....

Courriel : .....

Tel portable : .....

Tel fixe : .....

Tel travail : .....

### RÉGIME SOCIAL

Allocataire CAF : Numéro d'Allocataire : .....

Régime spécial (MSA ou autre)

Sans régime

**PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tel portable : .....  
Tel fixe : .....  
Lien avec l'enfant : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tel portable : .....  
Tel fixe : .....  
Lien avec l'enfant : .....

**PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

NOM Prénom	QUALITÉ	☎ Domicile	☎ Professionnel	☎ Portable

Noter également les frères et sœurs.

Merci d'informer ces personnes qu'elles devront impérativement se présenter munies d'une pièce d'identité avec photo.

**AUTORISATION DE SORTIE**

A PARTIR DU CE2

Autorisez-vous votre enfant à sortir seul de la garderie de manière permanente :

Oui  Non

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Soir (16h30)				

Pour toutes sorties occasionnelles, merci de bien vouloir noter le jour et l'heure dans son cahier de liaison

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- L'enfant porte-t-il :

des lunettes  des lentilles  des prothèses auditives  des prothèses dentaires

autre : .....

.....

- Votre enfant est-il en situation de handicap ?  oui  non

Si oui, merci de préciser la nature de la pathologie et de fournir une attestation MDPH.

Commentaire : .....

.....

.....

- Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Personnalisé ?  oui (joindre une copie)  non

Commentaire : .....

.....

.....

- Votre enfant a déjà été victime d'un évènement tel que : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc ?

Commentaire : .....

.....

.....

### TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, précisez quel traitement :

.....

.....

.....

### ALLERGIE

Asthme

Alimentaire(s)

Médicamenteuse(s)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

### REGIME ALIMENTAIRE

sans viande

sans porc

Commentaire : .....

.....

Pièces à fournir :

- copie des vaccinations
- attestation d'assurance responsabilité civile ou scolaire pour l'année 2024/2025

**SIGNATURES**

Je soussigné(e) :

Monsieur : .....

Madame : .....

Certifie sur l'honneur exercer l'autorité parentale (père/mère) et certifie l'exactitude de ces déclarations.

Certifie sur l'honneur avoir la garde de l'enfant (famille d'accueil, grands-parents...)

Autorise la prise de photo de mon enfant

Toucy, le ...../...../.....

Signature(s) :

Le père

La mère

Autre : .....

Les données personnelles collectées sur la fiche d'inscription par la commune de Toucy, permettent d'assurer la gestion de l'accueil collectif des jeunes. Elles sont nécessaires pour la prise en charge efficace des jeunes accueillis. Ces données sont collectées sur la base de la mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investie le Maire en vertu du Code de l'Action sociale et des familles et de l'arrêté du 20 février 2003. Les destinataires de ces données sont les animateurs, le service administratif et la comptable dans le cadre exclusif de la gestion des inscriptions périscolaires et de la facturation.

Les données sont conservées un an après la fin de l'accueil de l'enfant. A noter que les documents mentionnant les informations de santé peuvent être restitués aux responsables légaux à la fin de l'accueil.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition et de limitation du traitement des données recueillies en contactant le service : [mairie.toucy@ville-toucy.fr](mailto:mairie.toucy@ville-toucy.fr). Vous disposez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.com](http://www.cnil.com)).

