



La Maison des Enfants

FICHE ADMINISTRATIVE

Date du séjour: du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

ENFANT : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age au moment du séjour : _____

Fille ou Garçon

PARENTS ou responsables légaux :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

➤ **Portable papa :** _____ **Portable maman :** _____

➤ **Adresse mail** (pour confirmer la réservation) : _____

• **Adresse de la résidence principale :**

Je souhaite réserver la prestation suivante

➤ **Demi-journée matin Mini de 8h30 à 12h30** x ____ à 18€

Lun Mar Mer Jeu Ven

➤ **Demi-journée après-midi Mini de 13h30 à 17h30** x ____ à 18€

Lun Mar Mer Jeu Ven

➤ **Forfait 5 ½ journées Mini consécutives matin** ou a.midi x ____ à 72€

➤ **Demi-journée Maxi (repas fourni) de 8h30 à 13h30** x ____ à 32€

➤ Lun Mar Mer Jeu Ven

➤ **JOURNEE (repas + goûter fournis) de 8h30 à 17h30** x ____ à 44€

Lun Mar Mer Jeu Ven

➤ **Forfait 5 journées (repas + goûter fournis)** x ____ à 176€

Pour un total de _____ €

La fourniture des repas n'est possible que pour les enfants à partir de 12 mois révolus.

- 10% sur les forfaits pour le second enfant d'une même fratrie

Les parents fournissent le goûter

Le règlement joint au dossier devra être libellé à l'ordre du TRESOR PUBLIC.

Dossier reçu le:

Doc manquant :

Résa confirmée le :

PERSONNES SUSCEPTIBLES de venir chercher votre enfant :

Nom-Prénom : _____ Portable : _____

Nom-Prénom : _____ Portable : _____

Nom-Prénom : _____ Portable : _____

Ces personnes devront être majeures et devront présenter une pièce d'identité.

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant _____

- ✓ *atteste que la vaccination de mon enfant est à jour (merci de joindre la photocopie du DTP, sinon la réservation ne pourra être pas validée.)*
- ✓ *autorise la responsable ou son adjointe à administrer un antipyrétique (paracétamol) en cas de fièvre supérieure à 38,5° (merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant autorisant cette administration).*
- ✓ *autorise à faire soigner mon enfant par un médecin et à le transporter à l'hôpital ainsi qu'à effectuer une intervention chirurgicale avec anesthésie en cas d'urgence.*
- ✓ *Autorise le personnel à sortir mon enfant hors de la garderie pour aller en pique-nique ou en promenade.*
- ✓ *autorise la prise de photos (affichage des activités dans les locaux).*
- ✓ *certifie exacts les renseignements ci-dessus.*
- ✓ *certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte ses conditions.*
- ✓ *Merci de joindre la photocopie d'une pièce d'identité des parents.*

A _____

Le ____ / ____ / 2019

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :
Précédée de la mention « lu et approuvé »