

# Halte-Garderie " Les Oursons "

Syndicat Mixte de la Pierre St Martin

Mairie d'Arette – 1, Place des Poilus

64 570 ARETTE

Tél. garderie : 05.59.66.25.80

Tél. réservations : 07.50.14.17.73

Mail : [servicespsm@arette64.fr](mailto:servicespsm@arette64.fr)

## Bulletin d'inscription

Saison 2025 - 2026

### VOUS VOULEZ INSCRIRE VOTRE ENFANT À LA GARDERIE " LES OURSONS".

Notre structure est ouverte du mercredi au dimanche.

Elle peut accueillir 12 enfants de 3 mois à 6 ans non révolus (*limitée à 5 enfants non marchant*).

#### Merci de bien vouloir nous retourner les documents suivants :

1- le bulletin de réservation ci-dessous en y joignant **impérativement** le carnet de santé à jour des vaccinations avec **l'identité de l'enfant visible** en haut de page.

2- Un chèque de la totalité de la réservation à l'ordre du **Trésor Public** qui vous sera restitué si vous souhaitez régler sur place par CB ou espèces.

3- L'autorisation de soins d'urgence – Questionnaire d'accueil.

TARIFS FORFAITS					
HORS VACANCES SCOLAIRES			VACANCES SCOLAIRES		
<b>2 HEURES</b>	9h-11h / 11h-13h 13 h-15h / 15h-17h	<b>15.00 €</b>			
<b>4 HEURES</b>	9h-13h / 11h-15h 13h-17h	<b>22.00 €</b>	<b>4 HEURES</b>	9h-13h 13h-17h	<b>22.00 €</b>
<b>6 HEURES</b>	9h-15h / 11/17h	<b>27.00 €</b>			
<b>8 HEURES</b>	9h-17h	<b>30.00 €</b>	<b>8 HEURES</b>	9h-17h	<b>30.00 €</b>

Nom du responsable légal / Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : ...../...../...../...../...../...../.....

Code Postal : ..... Ville : ..... Portable : ...../...../...../...../...../...../.....

Adresse mail : .....@.....

Nom de l'enfant : ..... Nom de l'enfant : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Date de naissance : ...../...../.....

☐ Marche ☐

☐ Ne marche pas

☐ Marche ☐

☐ Ne marche pas

#### Dates et horaires souhaités :

le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
TOTAL .....€

#### Dates et horaires souhaités :

le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
le ...../...../..... de ..... h à ..... h ...€  
TOTAL .....€

3- ☐ J'ai lu et j'accepte le règlement de fonctionnement (merci de cocher la case) :

Date : ...../...../.....

Signature obligatoire :

## Autorisation de soins d'urgence

Je soussigné, Mr ou Mme \_\_\_\_\_,

Représentant légal de (s) l'enfant (s) \_\_\_\_\_,

Autorise le personnel de la Halte-Garderie « Les Oursons » de la Pierre-St-Martin : **(cocher les cases pour accord)**

- ☐ à faire prendre en charge mon enfant par un service d'urgence (pompiers, SAMU, etc...)
- ☐ à faire soigner / hospitaliser mon enfant en cas d'urgence et sans possibilité de me joindre.
- ☐ à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Fait à la Pierre Saint Martin,

Le \_\_\_\_\_

**Signature du représentant légal**

DATE : .....

VACCINATIONS OBLIGATOIRES : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT LE RYTHME  
DE VOTRE ENFANT**

**NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**ÂGE :** .....

**TÉLÉPHONE :**

Père : .....

Mère : .....

Autre : .....

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE L'ENFANT :**

☐ Père :

☐ Mère :

☐ Autre : .....

**MODE DE GARDE HABITUEL :** .....

☐ Famille .....

☐ Nounou

☐ Crèche

☐ École

**PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS :** (eczéma, allergies, asthme,... / Traitement en cours à administrer sous ordonnance) : .....

**L'ENFANT EST-IL PROPRE ?** ☐ Oui ☐ Non

**COMPOSITION DU CHANGE :** ☐ Couches ☐ Liniment ☐ Lingettes ☐ Eau ☐ Coton

**SOMMEIL DE L'ENFANT :**

☐ Lit à barreaux ☐ Lit barquette

**Sieste matin :** ☐ Oui ☐ Non

Vers quelle heure ? .....

Durée habituelle : .....

**Sieste après-midi :** ☐ Oui ☐ Non

Vers quelle heure ? .....

Durée habituelle : .....

• **Rituels :** (enfant bercé, s'endort dans les bras, sur le ventre,...) .....

• **Doudou :** ☐ Oui ☐ Non

**Tétine :** ☐ Oui ☐ Non

**REPAS :**

• **Heure du déjeuner :** .....

• **Composition du repas :** .....

• **Heure du goûter :** .....

• **Composition du goûter :** .....

S'il mange après 13h, avez-vous prévu **UNE COLLATION** ?

**AUTRES ÉLÉMENTS IMPORTANTS À NOUS SIGNALER :**