

Fiche d'inscription

Année scolaire 2023-24

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Age : Sexe : Classe :

Peut-on photographier votre enfant ? Oui Non

Peut-on exposer des photos de votre enfants ? Oui Non

LES PARENTS

LE RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

LE PERE

Nom : Prénom :

Adresse (si différente) :
.....

Téléphone portable : Domicile : Travail :

Adresse E-mail :

Numéro sécurité sociale (obligatoire) :

Caisse d'affiliation :

Nom :

Prénom :

Classe :

LA MERE

Nom : Prénom :

Adresse (si différente) :

Téléphone portable : Domicile : Travail :

Adresse E-mail :

Numéro sécurité sociale (obligatoire) :

Caisse d'affiliation :

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

La famille perçoit-elle actuellement une ou plusieurs prestations familiales : Oui Non

Numéro d'allocataire (obligatoire) : Caisse d'affiliation :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S)

A qui confier l'enfant lors des départs ?

L'enfant ne pourra être confié qu'à une personne autorisée

Le ou les parents Grand frère ou grande sœur Autre(s) personne(s)

Nom et prénom :

Si l'enfant est confié à une autre personne :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (père, mère, ou responsable légal) autorise l'enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre de l'accueil périscolaire.

Fait à le

Signature :

Nom :

Prénom :

Classe :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Père

Mère

Autre(s) personne(s)

Téléphone :

Si autre personne :

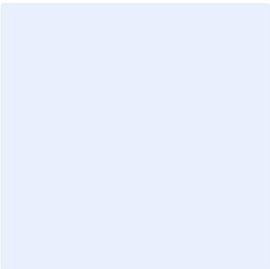
Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :  Choisissez un bloc de construction.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations

Certaines vaccinations étant obligatoires, merci de joindre la copie du carnet de vaccination de l'enfant (pages vaccinations du carnet de santé).

Maladies infantiles

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole

Oreillons

Varicelle

Scarlatine

Nom :

Prénom :

Classe :

Coqueluche

Rougeole

Allergies

L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaire

Asthme

Médicaments

Autre (précisez)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Divers (lunettes, appareil dentaire ou tout informations qu'il vous semble nécessaire de communiquer)

.....
.....

CANTINE

L'enfant fréquentera-t-il la **cantine** ?

Oui

Non

L'enfant fait-il l'objet d'un **Plan Accueil Individualisé** (PAI) ? Oui

Non

Si oui, merci de fournir les documents nécessaires (justificatif médical, etc.) afin que l'équipe prenne contact avec vous. En l'absence de ces documents, l'enfant ne pourra pas être accueilli.

L'enfant a-t-il des **exceptions alimentaires** (sans porc, sans viande, etc.) ? Oui

Non

Si oui, un menu de substitution végétarien lui sera fourni si besoin.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (père, mère, ou responsable légal) autorise les interventions médicales et chirurgicales en cas d'urgence.

Fait à le

Signature :