

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....

Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE :

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (OBLIGATOIRE)

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

Date retour du dossier complet : /...../.....

Nom de l'agent :



ECOLE MATERNELLE 2020/2021

Inscription école maternelle

1ère inscription

nouvel habitant dans la Commune

Nom et ville de l'ancienne école fréquentée :

.....

CLASSE à la rentrée :

PERISCOLAIRE Lun Mar Jeu Ven

* M-S M-S M-S M-S

M : Matin S: Soir * Rayez la mention inutile

RESTAURATION SCOLAIRE

L - Ma - J - V

Pièces à joindre au dossier

Livret de famille

Carnet de santé

Attestation assurance de Responsabilité Civile et Individuelle Accident

Certificat de radiation

Nom de l'enfant

NOM :

Prénom :

Né(e) le : À..... Age :

Si naissance multiple (indiquez le rang) :

1 2 3 4

Sexe : Masculin Féminin

COORDONNÉES FAMILLE

Nom – Prénom du Père :

Adresse : Ville :

Tél Fixe : Tél Portable :

E-mail : Responsable Légale de l'Enfant : OUI NON

Profession : Employeur :

Nom – Prénom de la Mère :

* Indiquez nom de jeune fille et épouse

Adresse : Ville :

Tél Fixe : Tél Portable :

E-mail : Responsable Légale de l'Enfant : OUI NON

Profession : Employeur :

PERISCOLAIRE - RESTAURATION SCOLAIRE

AUTORISATION PARENTALE

- Je soussigné(e) (responsable légal(e) de l'enfant) certifie inscrire mon enfant : : au Périscolaire - à la restauration scolaire* (barrer les mentions inutiles)
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du périscolaire et de la restauration scolaire et en accepter les conditions.
- J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.
- J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des activités du périscolaire et de la cantine et ne portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.

Fait à, le Signature

J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

	NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE	PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
1					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Observations particulières :

Le : Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
BCG Non obligatoire				Méningocoque	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** _____

Si oui, lequel ?

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

