

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 2026/2027

- Inscription école maternelle
 1ère inscription

CLASSE à la rentrée :

- PERISCOLAIRE
 Lundi - * M - S
 Mardi - M - S
 Jeudi - M - S
 Vendredi M-S

M : Matin S: Soir * Rayez la mention inutile

- RESTAURATION SCOLAIRE
 Lundi -
 Mardi -
 Jeudi -
 Vendredi



Pièces à joindre au dossier

- Livret de famille
 Carnet de santé
 Attestation assurance de Responsabilité Civile et Individuelle Accident

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 :

POUR LES INSCRIPTIONS AU PERISCOLAIRE ET/OU 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 :

Compléter le tableau avec les dates

VACCINATIONS :

se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant

VACCINS	1ère injection	2ème injection	3ème injection	VACCINS	1ère injection	2ème injection	3ème injection
Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite (Infanrix-Hexyon -Pentavac)				Pneumocoque (Prevenar)			
ou DT Polio				Méningocoque B (Bexero)			
ou Tétracoq				Méningocoque C (Neisvac)			
Coqueluche (Infanrix-Hexyon -Pentavac)				Rougeole - Oreillons Rubéole (ROR - Priorix)			
Hépatite B (Hexyon - Infanrix- Vaxelis)							
Haemophilus influenzae type B (Infanrix - Pentavac)				BCG non obligatoire			

Vaccins obligatoires

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	oui	non	Varicelle	oui	non
Coqueluche	oui	non	Otite	oui	non
Oreillons	oui	non	Scarlatine	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu	oui	non	Angine	oui	non
Rougeole	oui	non			

Allergies :

Asthme	oui	non	Médicamenteuses	oui	non
alimentaires	oui	non	autres	oui	non

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....