

ECOLE !

Nom :

Classe:

LES AUTORISATIONS !

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant

Noms/Prénoms	Parentés	Téléphone	Autori- sée	Interdite

Vous autorisez l'enfant à :

- ☐ participer aux sorties.
- ☐ utiliser les transports.
- ☐ être hospitalisé.
- ☐ être photographié.
- ☐ sortir seul du périscolaire à ____h ____.

En signant ce document, je confirme les informations et m'engage à respecter le règlement intérieur de la structure.

Fait à Le
Signature:

PIECES A JOINDRE:

- ☐ Avis imposition 2018 sur les revenus 2017 du foyer
- ☐ Justificatif de domicile
- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire



DOSSIER

D INSCRIPTION

ENFANT !

Nom : Prénom :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Date de naissance :

Régime alimentaire :

FAMILLE !

Nombre d'enfants à charge:

Email de correspondance:

Mère (Nom et prénom):

Adresse :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Profession : Employeur :

Téléphone professionnel :

Situation : ☐ marié ☐ séparé ☐ concubinage ☐ pacsé ☐ célibataire

Numéro de sécurité sociale: _ _ _ _ _

Père (Nom et prénom):

Adresse :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Profession : Employeur :

Téléphone professionnel :

Situation : ☐ marié ☐ séparé ☐ concubinage ☐ pacsé ☐ célibataire

Numéro de sécurité sociale: _ _ _ _ _

RÉGIME !

Régime allocataire (CAF, MSA ...) :

Obligatoire: Numéro d'allocataire :

FICHE SANITAIRE !

1- Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/oreillons/ rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2- Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Un PAI a-t-il été mis en place ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui merci de fournir une copie s'il vous plaît.

3- Médecin traitant

Nom du médecin traitant:

Téléphone:

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

- Rubéole: ☐ Oui ☐ Non
- Scarlatine: ☐ Oui ☐ Non
- Coqueluche: ☐ Oui ☐ Non
- Rhumatisme articulaire aigu: ☐ Oui ☐ Non
- Varicelle: ☐ Oui ☐ Non
- Oreillons: ☐ Oui ☐ Non
- Rougeole: ☐ Oui ☐ Non
- Angine: ☐ Oui ☐ Non
- Otite: ☐ Oui ☐ Non

5- L'enfant a-t-il des allergies ?

- Asthme: ☐ Oui ☐ Non
- Alimentaires: ☐ Oui ☐ Non
- Médicamenteuses: ☐ Oui ☐ Non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre:

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

6- Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ou autre (précisez) :

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

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

Date:

Signature: