



Dossier d'Inscription Année scolaire 2017/2018

Enfant

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Fille

Garçon

Date de naissance :

Classe fréquentée à la rentrée 2017

Petite Section

Moyenne Section

Grande Section

CP

CE1

CE2

CM1

CM2

Responsable légal 1

Père Mère
Autre (Précisez) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal et Commune :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

N° de sécurité sociale :

N° allocataire CAF :

Adresse mail :

.....

Profession :

.....

Nom de l'employeur :

.....

Adresse de l'employeur :

.....

Tél. travail :

Responsable légal 2

Père Mère
Autre (Précisez) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal et Commune :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

N° de sécurité sociale :

N° allocataire CAF :

Adresse mail :

.....

Profession :

.....

Nom de l'employeur :

.....

Adresse de l'employeur :

.....

Tél. travail :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et Prénom : ☎ :

Nom et Prénom : ☎ :

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) Nom Prénom

Responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant

- à participer aux activités nécessitant des déplacements à pied
- à être photographié ou filmé dans le cadre des Activités périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo, etc....) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciales.

Je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit.

MON ENFANT

J'autorise les personnes majeures désignées ci-dessous à récupérer mon enfant en cas d'empêchement de ma part :

Nom/Prénom : Tél. :

Adresse :

Nom/Prénom : Tél. :

Adresse :

Nom/Prénom : Tél. :

Adresse :

La personne mandatée devra se munir d'une pièce d'identité.

J'autorise mon enfant.....à quitter l'école seul chaque soir à partir deh....

Le responsable légal de l'enfant déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Mention "Lu et approuvé" :

Date :

Signature du responsable légal de l'enfant :

OBSERVATIONS PARTICULIERES



Fiche Sanitaire de Liaison Année scolaire 2017/2018

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance

Assurance responsabilité civile :

Compagnie : N° de police

Renseignements Médicaux

Médecin traitant:

Dr : ☎ :

VACCINATIONS

A cocher ou joindre photocopie de la page de vaccination du carnet de santé

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|
| Diphérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Polimyélite | | | |
| Ou DT Polio | | | |
| OU Tétracoq | | | |

| VACCINS RECOMMENDES | DATES |
|----------------------------|-------|
| Hépatite B | |
| Rubéole Oréillons Rougeole | |
| Coqueluche | |
| BCG | |
| Autres (préciser) | |

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.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée Oui Non

Si OUI, lequel :
.....
.....

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

| | OUI | NON | | OUI | NON |
|-----------|-----|-----|------------|-----|-----|
| RUBEOLE | | | OREILLONS | | |
| VARICELLE | | | COQUELUCHE | | |
| ANGINE | | | SCARLATINE | | |
| OTITE | | | ROUGEOLE | | |

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire : Oui Non

ALLERGIES :

| | | | | |
|-----------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| ASTHME | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| MEDICAMENTEUSES | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| ALIMENTAIRE | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |

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 :

.....

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date.....

Signature.....

Fiche à retourner par mail (mairie.vlebas@wanadoo.fr) ou en Mairie avant le 30 Juin
Sans retour de cette fiche, l'inscription à la cantine et à la garderie ne sera pas possible