

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE SCOLAIRE 2018 – 2019

CANTINE / GARDERIE

Renseignements relatifs à l'enfant :

Nom :

Sexe : M F

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Nom de l'enseignant :

Renseignements relatifs aux parents : OBLIGATOIRE

	Père	Mère
Nom de jeune fille		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Code Postal +Ville		
Téléphone domicile		
Portable		
Employeur		
Adresse		
Téléphone employeur		

Situation familiale des parents :

- mariés divorcés pacsés vie maritale veuf / veuve
 célibataire

Numéro allocataire CAF MSA Autres :

Le tarif retenu découle du Quotient Familial (revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts) par rapport à l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année 2018 sur les revenus de 2017

Sécurité Sociale :

Nom et Numéro :

Adresse :

Mutuelle :

Nom et Numéro :

Adresse :

Assurance scolaire :

Nom et Numéro :

.....

Adresse :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :*

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone

En cas d'urgence / d'accident prévenir

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

* Les personnes devront être munies d'une pièce d'identité pour reprendre le(s) enfant(s)

Vaccinations

Vaccinations	Oui	Non	Vaccinations Recommandées	Dates
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			R.O.R.	
Ou DTP Polio			Coqueluche	
Ou Tétracoq			Autres : Préciser	
BCG				

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication



Le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	varicelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
coqueluche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	otite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
rougeole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	angine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
oreillons	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	scarlatine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
rhumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Allergies

Alimentaires : oui non

Si oui : lesquelles ?.....

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

Précautions à prendre :

.....
.....

Existe - t- il un PAI ? oui non

Si oui, joindre le protocole OBLIGATOIRE

Indiquez les difficultés de santé de l'enfant (maladies, hospitalisations, opérations,...) :

.....
.....

Recommandations des parents :

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses dentaires / auditives, etc..... :

.....
.....

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

Fait à, le

Signature

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT LORS DE L'INSCRIPTION

- Photocopie de la carte vitale + attestation
- Photocopie carte de mutuelle
- Attestation d'assurance extra-scolaire / responsabilité civile
- Avis de non-imposition ou d'imposition de 2018 sur 2017
- Livret(s) de famille / Jugement de garde
- Certificat médical pour les enfants allergiques accompagné du Protocole du PAI
- Photocopie du carnet de vaccinations

Tout dossier incomplet lors de l'inscription sera refusé

AUTORISATION

Je soussigné(e)..... autorise la commune,
en cas d'incident grave à prévenir les pompiers / SMUR et de faire
transporter transporter mon enfant dans l'hôpital le plus proche soit à
* avant de m'avoir averti(e).

Fait à, le

Signature

* Merci de bien vouloir indiquer à quel endroit vous voudriez que votre enfant soit transporté.