

DOSSIER D'INSCRIPTION

1 dossier par enfant

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Portable :

Pièces à joindre au dossier

- Certificat d'assurance scolaire
- Certificat médical
- PAI

Concerne uniquement les enfants présentant une pathologie nécessitant un accueil spécifique.

Fiche de la famille

Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal : Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession : Catégories socio-professionnelles :*

Employeur : Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Organismes Tiers

N° CAF : N° MSA : Régime* :

* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

Conjoint

Civilité : Prénom : Nom :

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles :*

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Données complémentaires

Date et signature

Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom	Nom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la prise de photo	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la participation aux sorties scolaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port de lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil dentaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil auditif	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Pratiques alimentaires

Type de régime	Commentaires

Données complémentaires

Autorisé à partir seul	

Date et signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 pendant le séjour ? 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.

L'ENFANT A-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	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <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	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : _____

Numéros de téléphone :

Mère : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Fiche d'inscription

Etablissement : Garderie Municipale

Garderie Matin

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle (cocher cette case et remplir le formulaire semaine à retirer à la garderie)

Garderie Soir 1 (entre 16h30 et 18h00)

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle (cocher cette case et remplir le formulaire semaine à retirer à la garderie)

Garderie Soir 2 (entre 18h00 et 19h00)

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle (cocher cette case et remplir le formulaire semaine à retirer à la garderie)

TAP Maternelle

Jeudi de 13h30-16h30

- Participe
 Ne participe pas

TAP Primaire

Mardi de 13h30-16h30

- Participe
 Ne participe pas

Etablissement : Restaurant Scolaire

Cantine du mercredi :

Les inscriptions cantine du mercredi midi se font toujours par période, formulaires disponibles à l'école et à déposer en mairie avant chaque vacance.

Repas réguliers

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle (cocher cette case pour pouvoir s'inscrire ensuite à la semaine sur le portail famille ou sur le formulaire papier disponible à l'école. Inscription le mardi midi dernier délai pour la semaine suivante.)

Date et signature

Infos restaurant scolaire :

Les repas des enfants inscrits hors délai ou non inscrits seront facturés au tarif majoré (5 €).

Les absences non justifiées dans les 5 jours ne seront pas prises en compte.

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
-------------------	----------------------

Fiche d'inscription

Etablissement : Garderie Municipale

Garderie Matin

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle (cocher cette case et remplir le formulaire semaine à retirer à la garderie)

Garderie Soir 1 (entre 16h30 et 18h00)

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle (cocher cette case et remplir le formulaire semaine à retirer à la garderie)

Garderie Soir 2 (entre 18h00 et 19h00)

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle (cocher cette case et remplir le formulaire semaine à retirer à la garderie)

Etablissement : Restaurant Scolaire

Repas réguliers

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle (cocher cette case pour pouvoir s'inscrire ensuite à la semaine sur le portail famille ou sur le formulaire papier disponible à l'école. Inscription le mardi midi dernier délai pour la semaine suivante.)

Date et signature

Infos restaurant scolaire :
 Les repas des enfants inscrits hors délai ou non inscrits seront facturés au tarif majoré (5 €).
 Les absences non justifiées dans les 5 jours ne seront pas prises en compte.