

FICHE D'INSCRIPTION

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant _____ Prénom _____
 Date de naissance _____ Age _____ Sexe : M / F

PARENT 1	PARENT 2
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Code Postal _____ Ville _____	Code Postal _____ Ville _____
Tél fixe/Port. : _____ / _____	Tél fixe/Port. : _____ / _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____
Profession : _____	Profession : _____

Mail de liaison (Informations, Portail Familles...) : PARENT 1 ou PARENT 2 AUTRE _____
 Parents : Célibataire Mariés Pacsés Union libre Séparés/Divorcés veuf(ve)
 Régime allocataire CAF ou MSA N° Allocataire : _____
 Quotient familial : _____ €

Pensez à nous communiquer tout changement de n° de téléphone ou d'adresse

Autre Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom _____ Tél _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS	DERNIER RAPPEL	VACCINS	DERNIER RAPPEL
L'enfant est à jour des ses vaccinations obligatoires <input type="checkbox"/>			
DTP		MENINGOCOQUE	
COQUELUCHE		HEPATITE B	
ROR		HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	
PNEUMOCOQUE		AUTRE.....	

La justification des vaccins obligatoires à jour est requise pour l'admission de votre enfant en collectivité (article L.3111-2 du code de la santé publique).
 Pour les enfants nés avant 2018, n'est obligatoire que le Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP).
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

▪ 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.

ALLERGIES	
NATURE	PRECISEZ
MEDICAMENTEUSE	
ALIMENTAIRE	
AUTRES	

PROBLEMES DE SANTE / Maladie, Accident, Opération, etc.	
NATURE	DATE
ASTHME	
DIABETE	
EPILEPSIE	
AUTRE	

▪ L'enfant a-t-il un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non (joindre le document au dossier)

▪ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Oui Non (joindre le justificatif)

INFORMATIONS OU RECOMMANDATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

REGIME ALIMENTAIRE

Standard Végétarien PAI Alimentaire (repas fourni par la famille)

Il ou elle sait nager (fournir le test d'aisance aquatique)

