

Fiche d'inscription Services scolaires

Année 2020-2021



NOM DE L'ENFANT Prénom Date de naissance / /

Ecole de Niveau scolaire 2020-2021 PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM	.....	.....
Prénom	.....	.....
	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (tuteur, famille d'accueil) <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (tuteur, famille d'accueil) <input type="checkbox"/>
Adresse	.....	.....
<small>Si différent</small>	.....	.....
Téléphones :		
- Domicile	.....	.....
- Portable	.....	.....
- Travail	.....	.....
Adresse Mail :	.....	.....
Profession :	.....	.....
Garde Alternée :	Semaine Paire <input type="checkbox"/> Semaine impaire <input type="checkbox"/>	Semaine Paire <input type="checkbox"/> Semaine impaire <input type="checkbox"/>
Allocataire (merci de cocher la case)	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>	
N° d'allocataire :	Quotient familial :	
N° contrat assurance extrascolaire :		

Merci de présenter les justificatifs (Allocataire et attestation d'assurance)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal de..... autorise le responsable de la restauration ou périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant .

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'équipe du service scolaire à prendre des photos ou des vidéos lors des accueils, qui pourront être utilisées comme support de communication afin de valoriser des actions du service scolaire : Oui Non

UTILISATION DES DONNEES

J'autorise le service scolaire à utiliser mes coordonnées personnelles (adresse postale, téléphone, mail) afin de me communiquer des informations relatives au service scolaire et non à des fins commerciales : Oui Non

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT AUX SERVICES PERISCOLAIRES

NOM-PRENOM	Lien avec l'enfant	N° de téléphone

Certifié exact,
Signature du représentant
légal :

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

REGIME ALIMENTAIRE :

Classique

Végétarien

Sans Porc

Autres :

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination ou nous fournir les copies du carnet)

VACCINS	OUI	NON	DATES DERNIER RAPPEL	Autres VACCINS	DATES
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Rubéole Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Ou DTP polio					
Ou Tétracoq					

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI

NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom du jeune avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Existence d'un PAI : Si oui, fournir la photocopie ainsi que les médicaments associés

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

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Coqueluche			Rougeole		
Varicelle			Otite		
Angine			Oreillons		

Allergies :

	OUI	NON
Asthme		
Médicamenteuses		
Alimentaires		
Autres		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après les difficultés de santé du jeune (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES

Le jeune porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou tout autre renseignement que vous jugerez utiles :

Certifié exact,

Signature du représentant légal :