



FICHE D'INSCRIPTION

année scolaire

20..../20....

Représentant 2

NOM _____	Prénom _____
Adresse _____	

<input type="checkbox"/> domicile	<input type="checkbox"/> portable
...../...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Représentant légal	

Profession _____
Employeur _____
<input type="checkbox"/> professionnel
...../...../.....

N° allocataire CAF _____

École où l'enfant est scolarisé _____

Restauration scolaire
<input type="checkbox"/> Forfait 4 jours
<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours
préciser les jours
<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi

NOM _____	Prénom _____
date de naissance/...../.....
niveau	_____

NOM _____	Prénom _____
Adresse _____	

<input type="checkbox"/> domicile	<input type="checkbox"/> portable
...../...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Représentant légal	

Profession _____
Employeur _____
<input type="checkbox"/> professionnel
...../...../.....

<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique (Restauration uniquement)
<i>Pour une première demande une autorisation de prélèvement vous sera adressée par courrier</i>
<i>Pour une modification de compte bancaire, informer le service (02 47 44 56 15)</i>

Suivi médical
<input type="checkbox"/> allergie(s)
<input type="checkbox"/> Certificat médical du/...../.....
<input type="checkbox"/> PAI date/...../.....
Habitude alimentaire
<input type="checkbox"/> sans porc

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence		
<u>Nom et Prénom</u>	<u>Qualité</u>	<u>Numéro de téléphone</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Je soussigné(e), _____ Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées ci-dessus

Le ___/___/___

[Signature](#)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la scolarisation de votre enfant

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / ___ à

GARÇON FILLE

NIVEAU CLASSE

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite			___ / ___ / ___	(avant 18 mois)___ / ___ / ___ (6 ans)___ / ___ / ___
BCG			___ / ___ / ___	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

AUTRES VACCINS	OUI	NON	DATE DES VACCINS
R.O.R.			___ / ___ / ___
Hépatite B			___ / ___ / ___

3 – L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ

SCARLATINE COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

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, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE

.....

 Domicile: ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

 Lieu de travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF)..... ___ / ___ / ___ / ___ / ___

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

Date et Signature :