

Maternelle  Elémentaire

Ecole : \_\_\_\_\_

Niveau \_\_\_\_\_

Demande de dérogation \_\_\_\_\_

❖ **Représentant 1**

Responsable Légal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

➤ **Situation familiale des parents**

Célibataire  Marié(e)s  Pacsé(e)s  Union Libre

Divorcé(e)s  Séparé(e)s  Veuf (ve)

En cas de divorce ou de séparation, le droit de visite est-il accordé à l'autre parent ?

Oui  Non (fournir le jugement refusant ce droit)

○ Cas de garde exclusive (fournir le jugement)

Nom et Prénom du responsable légal exerçant la garde : \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'administration

**Pièces justificatives**

- Livret de famille **ou**  Acte de naissance
- Carnet de Santé **ou**  Justificatif de vaccination à jour
- Justificatif de domicile **ou**  Attestation d'hébergement (pièce d'identité de la personne qui héberge la famille)
- Attestation d'assurance de l'enfant
- Attestation caf ou avis d'imposition (pour le calcul des factures à renouveler à chaque année scolaire)

Si votre enfant a déjà été scolarisé merci de fournir un certificat de radiation à l'école.

**Identité de l'enfant**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

❖ **Représentant 2**

Responsable Légal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

➤ **Autres personnes à contacter en cas d'urgence**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

A renseigner pour une première inscription en école maternelle :

Votre enfant a fréquenté un de ces modes d'accueils :

Assistante Maternelle

Crèche



Autres **Précisez** : \_\_\_\_\_



Nom de l'enfant _____	Prénom _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Lieu de naissance : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Habitude alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans Viande

❖ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

➤ **Vaccins obligatoires**

- Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche-Haemophilus influenzae b

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➤ **Vaccins recommandés :**

- Hépatite B
- Rubéole Oreillons Rougeole
- BCG
- Autres Précisez .....

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Votre enfant a déjà eu les maladies suivantes Cochez la case correspondante

- Rubéole  Varicelle  Scarlatine  Oreillons  Coqueluche  Otite

Médecin traitant \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Votre enfant présente une allergie ou un risque de réactions allergiques

- ASTHME  OUI MEDICAMENTEUSES  OUI  
ALIMENTAIRE  OUI AUTRES \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler et joindre l'ordonnance

Toutes les allergies devront être justifiées par un document médical

Conduite à tenir \_\_\_\_\_

Votre enfant est porteur d'un handicap, ou suivi pour un problème de santé nécessitant des conditions d'accueil personnalisées

(PAI) Précisez ou allergies \_\_\_\_\_

Précautions à prendre \_\_\_\_\_

Recommandations utiles des parents (difficultés de santé, opérations, rééducations, lunettes, prothèses, ...)

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Je soussigné(e), ..... Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées sur cette fiche, avoir donné tous les renseignements nécessaires, autoriser le (la) directeur (trice) à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et m'engage à signaler tout changement de situation.

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature