

2023-2024



Fiche de renseignements et d'inscription Scolaire, Périscolaire et Extrascolaire

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse Domicile :

Frères et sœurs, dates de naissance :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles)
Nom, prénom :

E-mail :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Profession :

Adresse :

Père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles)
Nom, prénom :

E-mail :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Profession :

Adresse :

SITUATION FAMILIALE

Marié Union libre PACS Célibataire Séparé Divorcé Veuf

Autorité parentale

conjointe exclusive parent 1 exclusive parent 2 autre
(joindre dans ce cas extrait de jugement)

RÉGIME ALLOCATAIRE

CAF Numéro allocataire :

MSA Numéro allocataire :

(fournir avis d'imposition)

N° Sécurité sociale :

EN CAS D'URGENCE. MERCI DE CONTACTER

Nom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Nom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Nom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

PIÈCES À JOINDRE

- Livret de Famille
- Carnet de santé de l'enfant avec les vaccinations à jour (l'ensemble des vaccins)
- Attestation d'assurance responsabilité civile de l'enfant
- Un justificatif de domicile (facture électricité, eau) ou dérogation accordée par votre commune de résidence
- En cas de séparation: extrait du jugement de divorce concernant la garde des enfants ou attestation officielle
- Pour les enfants provenant d'une autre commune : le certificat de radiation.

Médecin traitant (nom et coordonnées)

VACCINATIONS

Enfant né jusqu'au 31 décembre 2017
les vaccinations obligatoires sont :
diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)

(joindre photocopie du carnet de santé)

VACCINATIONS

Enfant né dès le 1er janvier 2018
les vaccinations obligatoires sont

- diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)
- coqueluche
- infections invasives à Haemophilus influenzae de type b
- Hépatite B
- infections invasives à Pneumocoque
- méningocoque de sérogroupe C
- rougeole, oreillons et rubéole

(joindre photocopie du carnet de santé)

ALLERGIES ALIMENTAIRES, RÉGIME SPECIFIQUE

En cas d'allergie, fournir un certificat médical ou un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)

AUTORISATION PARENTALE DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant
autorise le responsable à prendre,
le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention
chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
En cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5°C, j'autorise le responsable à administrer une
dose de « Doliprane » en fonction du poids de mon enfant : kg.

Date signature

DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre de manifestations ou activités,
des images fixes ou animées pourront être réalisées.
Certaines pourront illustrer des articles de journaux, du site Web, ainsi que des guides
relatifs aux activités du service.

Votre autorisation est sollicitée : oui non

DATE

SIGNATURE