

# DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE 2015/2016

<b>ENFANT :</b> NOM (en majuscule) _____		PRENOM (en majuscule) _____	SEXE <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Garçon	CLASSE _____
ADRESSE N° DE RUE _____		RUE _____		
CODE POSTAL _____		VILLE _____		
DATE DE NAISSANCE ____/____/____		LIEU DE NAISSANCE _____	NATIONALITE (préciser si double nationalité) <input type="radio"/> Française <input type="radio"/> Autre (préciser) : _____	
NOMBRES DE FRERES ET SŒURS _____ (préciser le prénom et date de naissance pour chacun d'entre eux)				
NOM _____		DATE DE NAISSANCE ____/____/____		
NOM _____		DATE DE NAISSANCE ____/____/____		
NOM _____		DATE DE NAISSANCE ____/____/____		

<b><u>PARENTS OU TUTEUR LEGAUX :</u></b>	
NOM ET PRENOM DE LA MERE (en majuscule) _____	NOM ET PRENOM DU PERE (en majuscule) _____
ADRESSE (si différente de celle de l'enfant) N° _____ RUE _____	ADRESSE (si différente de celle de l'enfant) N° _____ RUE _____
CODE POSTAL _____	CODE POSTAL _____
VILLE _____	VILLE _____
PROFESSION _____ (merci de préciser l'adresse de votre employeur)	PROFESSION _____ (merci de préciser l'adresse de votre employeur)
TELEPHONE	TELEPHONE
DOMICILE ____/____/____/____/____	DOMICILE ____/____/____/____/____
BUREAU ____/____/____/____/____	BUREAU ____/____/____/____/____
PORTABLE ____/____/____/____/____	PORTABLE ____/____/____/____/____

**NOMS DES PERSONNES AUTORISEES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents) :**  
Les personnes désignées ci-dessous devront être munies d'une pièce d'identité.

NOM _____	Tél. : ____/____/____/____/____
NOM _____	Tél. : ____/____/____/____/____
NOM _____	Tél. : ____/____/____/____/____
NOM _____	Tél. : ____/____/____/____/____

**Souhaitez-vous que des plats sans porc soient proposés à votre enfant ?**

Oui  
 Non

# FICHE SANITAIRE

ANNEE 2015/2016

**ATTENTION !** Fournir obligatoirement un certificat médical (ci-joint) de non contre indication aux activités physiques et sportives, dès la première inscription au « PERISKO » + Une photocopie des vaccinations du carnet de santé de l'enfant.

**N° de sécurité social de l'enfant :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Médecin traitant : .....

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## NOMS DES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que les parents) :

NOM _____	Tél. : ____/____/____/____/____
NOM _____	Tél. : ____/____/____/____/____
NOM _____	Tél. : ____/____/____/____/____

### 1/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Poids : .....Kg      Taille : .....Cm

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit il un traitement médical ?

- OUI Lequel : .....
- NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

### 2/ VACCINS OBLIGATOIRES

<b>Antidiphtérique</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>Antitétanique</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>Antipoliomyélitique</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>AUTRES :</b> ..... .....
--	--	--	-----------------------------------

### 3/ L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>Rougeole</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>Oreillons</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>Rubéole</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>Varicelle</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>Scarlatine</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>Coqueluche</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
---	--	--	--	---	---

### 4/ ALLERGIES

<b>ASTHME</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>ALIMENTAIRES</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>MEDICAMENTEUSES</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<b>AUTRES (à préciser)</b> ..... .....
---	---	--	--

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE** (si automédication le signaler, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir)

### INDIQUER CI-APRES

**Les difficultés de santé ou autres observations** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, prothèse auditives, dentaire, lunettes, et autres difficultés quelconques) en précisant **les précautions à prendre.**

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

De plus, je m'engage à informer la responsable du « Périsko » (Tél. : 03-44-41-94-54) de tout changement relatif à l'état de santé de mon enfant intervenant après la remise du certificat médical.

Fait à ....., Le .....

Signature (Précédé de la mention « Lu et approuvé »)

**AUTORISATION PARENTALE :**

**1/ J'autorise les interventions médicales, chirurgicales et traitement médical sur mon enfant en cas d'urgence**

- OUI
- NON

**2/ J'autorise les prises de photos et de vidéos de mon enfant, ainsi que leurs publications et diffusions gratuites dans les expositions et journaux diffusés par la mairie de Montmacq.**

- OUI
- NON

**3/ J'autorise mon enfant à participer aux sorties prévues et imprévues en fonction de l'évolution du planning d'activités lié aux conditions météo. (Nous restons à proximité du « Périsko », et nous ne prenons aucun transport en commun).**

- OUI
- NON

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) du mineur, déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la cantine, et de l'accueil périscolaire et déclare m'y conformer en tous points.

A ....., Le .....

**SIGNATURE :**