

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE 2015/2016

ENFANT : 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 ____/____/____		

PARENTS OU TUTEUR LEGAUX :	
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 _____ VILLE _____	CODE POSTAL _____ 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

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

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

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

4/ ALLERGIES

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

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 :