

MAIRIE D'ANICHE

6 rue Henri Barbusse
59580 ANICHE
Téléphone : 03.27.99.91.17
Fax : 03 27 91 09 11
E-Mail : paiementenligne-aniche@orange.fr



PARENTS

Le 26/02/2019

RESPONSABLE LEGAL (1)

Form fields for the first legal responsible parent, including Nom, Prénom, Adresse, Complément d'adresse, Code postal, Téléphone 1, E-mail, Nationalité, Qualité, Situation de famille, Profession, Employeur, Adresse professionnelle, Code postal, Téléphone professionnel, E-mail professionnel, Régime sécurité sociale, Caisse sécurité sociale, and Numéro allocataire CAF.

RESPONSABLE LEGAL (2)

Form fields for the second legal responsible parent, including Nom, Prénom, Adresse, Complément d'adresse, Code postal, Téléphone 1, E-Mail, Nationalité, Qualité, Situation de famille, Profession, Employeur, Adresse professionnelle, Code postal, Téléphone professionnel, E-mail professionnel, Régime sécurité sociale, Caisse sécurité sociale, and Numéro allocataire CAF.

Nb enfants total / à charge : / Quotient familial :

Date : ___/___/___

Signature des Responsables légaux :

Nom :

MAIRIE D'ANICHE

6 rue Henri Barbusse
59580 ANICHE
Téléphone : 03.27.99.91.17
Fax : 03 27 91 09 11
E-Mail : paiementenligne-aniche@orange.fr



ENFANT

Le 26/02/2019

Form fields for child registration: Nom, Prénom, Date de demande, Date d'inscription, Sexe, Date de naissance, Nationalité, Lieu de naissance, Langue maternelle, Commune, Ecole, Classe, Adresse / CP / Ville, Téléphones (1 and 2), Responsable légal (1 and 2).

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Form fields for authorized persons: Nom, Prénom, Adresse / CP / Ville, Téléphones, Lien de parenté (repeated for three individuals).

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Form fields for emergency contacts: Nom, Prénom, Adresse / CP / Ville, Téléphones, Lien de parenté (repeated for three individuals).

FRATRIE HORS DE LA STRUCTURE

Form fields for siblings: Prénom, né(e) le (repeated for four individuals).

PIECES JUSTIFICATIVES

- Boxes for: Carnet de santé, Attestation d'assurance, Notification CAF (avec QF)

Signature area: Date, Nom, Signature des responsables

MAIRIE D'ANICHE

6 rue Henri Barbusse
59580 ANICHE
Téléphone : 03.27.99.91.17
Fax : 03 27 91 09 11
E-Mail : paiementenligne-aniche@orange.fr



INFORMATIONS MEDICALES

ENFANT

Form fields for child information: Nom et prénom, Date de naissance, Adresse / CP / Ville, Téléphones (Responsable légal 1, 2, Famille d'accueil), PAI (Projet d'Accueil Individualisé), Autorisation d'hospitalisation, Date de renouvellement.

MEDECINS

Form fields for doctor information: Nom, Adresse / CP / Ville, Téléphone, Spécialité.

VACCINS

Table for vaccination status with columns for BCG, Test Tuberculin, Tetracoq, ACT HIB, ROR, DTP, Pentacoq, HeB, HeA and rows for dates.

MALADIES INFANTILES

Table for childhood diseases with columns for Coqueluche, Oreillons, Rougeole, Rubéole, Scarlatine, Varicelle and rows for dates.

COMMENTAIRES

Text areas for medical history: Antécédents médicaux, Interventions chirurgicales, Autres maladies, Allergies et conduite à tenir, Observations.

