



FICHE D'INSCRIPTION 2016 - 2017

ENFANT

ECOLE : Classe :

Nom : Prénom : Fille Garçon

Date de naissance : Lieu de naissance :

Merci de préciser les périodes souhaitées :

Période 1 : du 01/09 au 19/10/16 Période 3 : du 03/01 au 10/02/17 Période 5 : du 24/04 au 26/05/17
Période 2 : du 03/11 au 16/12/16 Période 4 : du 27/02 au 07/04/17 Période 6 : du 29/05 au 07/07/17

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :
Prénom :
Père Mère Responsable légal
Adresse :

Personnel

☎
@

Professionnel

☎

Nom :
Prénom :
Père Mère Responsable légal
Adresse :

Personnel

☎
@

Professionnel

☎

AUTORISATIONS

A 16h30 (à l'issue des Temps d'activités périscolaires)

Mon enfant est autorisé à partir seul..... OUI NON
 Mon enfant est récupéré par ses parents ou les personnes autorisées..... OUI NON *

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT, AUTRES QUE LES PARENTS :

Table with 3 columns: NOM, Prenom, QUALITE (tante, ami, voisin...) et coordonnées téléphoniques. It contains three rows for data entry.

*NB : SI L'ENFANT N'EST PAS RÉCUPÉRÉ À 16H30, IL SERA PRIS EN CHARGE PAR LA GARDERIE. CETTE PRESTATION PAYANTE ENGAGERA UNE FACTURATION.

➔ Mon enfant fréquentera l'accueil du soir OUI NON
➔ Mon enfant fréquentera l'étude OUI NON

Je, soussigné (e)responsable de l'enfant.....l'autorise :

- à participer aux activités organisées dans le cadre des Temps d'Activités Périscolaires
 - à participer aux activités nécessitant des déplacements qu'ils soient à pied, à vélo, ou éventuellement en minibus
 - à être photographié ou filmé dans le cadre des TAP afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo, etc.) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.
 - la fiche valide votre inscription et l'acceptation du règlement intérieur disponible au service scolarité.
- Je m'engage à accepter à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit.

DATE :

SIGNATURE :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

N° de sécurité sociale :	CMU : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Médecin traitant :	Téléphone :
Caisse d'Allocation Familiales de :	Numéro d'Allocataire :
Assurance responsabilité civile ou extrascolaire :	

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers (maladie, allergies, autres.....), suit-il un traitement particulier :

VACCINATIONS :

ANTIPOLIOMYELITIQUE ANTIDIPHTERIQUE ANTITETANIQUE ANTICOQUELUCHEUSE

	Vaccins pratiqués	Dates
Précisez s'il s'agit :		
Du DT POLIO
Du TETRACOQ
HEPATITE B
RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE
COQUELUCHE
RAPPELS

ANTITUBERCULEUSE(BCG)	1 ^{er} vaccin Revaccination
ANTIVARIOLIQUE	Vaccin 1 ^{er} rappel
AUTRES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases concernées)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS

Je soussigné (e)....., responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à rendre, le cas échéant, toutes mesures d'intervention rendues nécessaires par l'état de l'enfant, sachant que, seuls les services de secours sont habilités à désigner le lieu de soins le mieux indiqué.

DATE :

SIGNATURE :