

MAIRIE D'ANICHE

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



PARENTS

Le 01/03/2016

RESPONSABLE LEGAL (1)

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
E-mail :
Nationalité :
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé
Profession :
Employeur :
Adresse professionnelle :
Code postal : Ville :
Téléphone professionnel :
E-mail professionnel :
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA
Caisse sécurité sociale : Caisse CAF :
Numéro allocataire CAF :

RESPONSABLE LEGAL (2)

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
E-Mail :
Nationalité :
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé
Profession :
Employeur :
Adresse professionnelle :
Code postal : Ville :
Téléphone professionnel :
E-mail professionnel :
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA
Caisse sécurité sociale : Caisse CAF :
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 : sabine-scolaireaniche@orange.fr



ENFANT

100 0070372646

Form fields for child information: 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, 2), Tél, Tél 2, Pro.

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

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

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

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

FRATRIE HORS DE LA STRUCTURE

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

PIECES JUSTIFICATIVES

- Carnet de santé
Attestation d'assurance
Notification CAF (avec QF)

Date : / /

Signature des responsables

Nom :

MAIRIE D'ANICHE

6 rue Henri Barbusse
59580 ANICHE
Téléphone : 03.27.99.91.17
Fax : 03 27 91 09 11
E-Mail : sabine-scolaireaniche@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 Autre, each with four date slots.

MALADIES INFANTILES

Form fields for childhood diseases: Coqueluche, Oreillons, Rougeole, Rubéole, Scarlatine, Varicelle.

COMMENTAIRES

Form fields for medical history and comments: Antécédents médicaux, Interventions chirurgicales, Autres maladies, Allergies et conduite à tenir, Observations.