

DOSSIER D'INSCRIPTION
FICHE NOMINATIVE

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Portable :

Pièces à joindre au dossier

- PAI (Protocole d'accueil individualisé)
- Photocopie des vaccinations à jour
- Coupon du règlement intérieur
- Avis d'imposition ou attestation CAF
- Une fiche nominative, une fiche enfant et fiche sanitaire par enfant
- Une fiche famille

INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES : (cocher les cases)

Accueils du matin et du soir

- Choix du lieu : Ecole de Moyenneville
 Ecole de Gournay sur Aronde

Restauration scolaire

- Choix du lieu : Ecole de Moyenneville
 Ecole de Gournay sur Aronde

Transport scolaire : oui non

Fiche individuelle
(Une fiche par enfant)

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole :

Classe

Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Père Mère

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

| Prénom | Nom | Lien de parenté | Téléphone | Mobile |
|--------|-----|-----------------|-----------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Personnes à contacter en cas d'urgence

Père Mère

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

| Prénom | Nom | Lien de parenté | Téléphone | Mobile |
|--------|-----|-----------------|-----------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Informations complémentaires

Oui

Non

Autorise à partir seul

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

Autorise la prise de photo

Autorise la participation aux sorties scolaires

Port de lunettes

Port d'un appareil dentaire

Port d'un appareil auditif

Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

Données complémentaires

Date et signature

Fiche de la famille (une par famille)

Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

Allocataire CAF oui non Si oui N°allocataire.....

Régime général CPAM Agricole MSA

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal : Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession : Catégories socio-professionnelles :*

Employeur : Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Autorisations

Information par mail* : Information par SMS* :

* Oui / Non

Conjoint

Civilité : Prénom : Nom :

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : *

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle /
Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Autorisations

Information par mail * :

Information par SMS * :

* Oui / Non

Données complémentaires

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Date et signature

| | |
|--|--|
| <h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2> | <p>1 - ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : _____

Numéros de téléphone :

Mère : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal 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.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur de l'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale _____

Date : _____ Signature : _____
