

ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

**GARDERIE
AIDE AUX LEÇONS
RESTAURATION**

Nom et Prénom de l'élève	Date de naissance	Classe

RESPONSABLES LÉGAUX

	Père	Mère	Autre (Préciser et fournir justificatif)
N° sécurité sociale			
Centre payeur			
Nom			
Prénom			
Adresse			
Courriel *			
☎ domicile			
☎ travail			
☎ mobile			
Employeurs			

* indiquer « idem » si renseignements identiques dans plusieurs cases

AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Préciser lien de parenté			
Nom			
Prénom			
☎ domicile			
☎ travail			
☎ mobile			

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS

Lien de parenté			
Nom			
Prénom			
Adresse complète			
☎ domicile			
☎ travail			
☎ mobile			

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné

- déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription garderie, étude, restauration périscolaire
- m'engage à signaler toute modification notamment sur l'état de santé du ou des enfant (s) désigné (s) sur cette fiche
- autorise le personnel d'encadrement à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état du ou des enfant (s) désigné (s) sur cette fiche et m'engage à rembourser les frais occasionnés.

J'inscris **pour l'année scolaire 2024/2025** le ou les enfant(s) désigné(s) sur cette fiche à :

Nom Prénom	Garderie Matin	Garderie Soir	Restauration	Aide aux leçons

Date et signature

L'inscription est effective dès l'obtention des pièces suivantes :

Photocopies vaccins

Attestation assurance scolaire / périscolaire

FICHE SANITAIRE

Nom de l'élève _____ Prénom _____

Vaccinations

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ? OUI NON

Joindre photocopie du carnet de vaccination (ou attestation du médecin)

Renseignements médicaux : indiquer les difficultés de santé de l'enfant

Maladies infantiles : l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui non

Varicelle oui non

Angine oui non

Otite oui non

Rougeole oui non

Scarlatine oui non

Coqueluche oui non

Oreillons oui non

Rhumatisme articulaire aigu oui non

Autres maladies oui non si oui, lesquelles

.....

Crises convulsives oui non

Asthme oui non depuis quand

.....

Allergies oui non lesquelles

.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? oui non

Lequel

.....

Recommandation des parents :

.....

.....

.....