

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

GARDERIE
AIDE AUX LEÇONS
RESTAURATION

Nom et Prénom de l'élève	Date de naissance	Classe

RESPONSABLES LÉGAUX

	PARENT 1	PARENT 2	Autre (Préciser et fournir justificatif)
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Lieu de naissance			
Adresse			
Courriel *			
 mobile			
 domicile			
 travail			
Employeurs			

* indiquer « idem » si renseignements identiques dans plusieurs cases

AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Préciser lien de parenté			
Nom			
Prénom			
Adresse complète			
 mobile			
 domicile			
 travail			

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS
(EN PLUS DES RESPONSABLES LEGAUX INDIQUÉS CI-DESSUS)

Préciser le lien de parenté			
Nom			
Prénom			
Adresse complète			
 mobile			
 domicile			
 travail			

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e)

- 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 2025/2026** le ou les enfant(s) désigné(s) sur cette fiche à :

Nom Prénom	Garderie Matin	Restauration	Garderie Soir et/ou 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

Date des dernières vaccinations obligatoires subies :

Si votre enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018,
veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Vaccin	Dates de vaccination (par dose)		
	Dose 1	Dose 2	Dose 3
DT Polio			

Si votre enfant est né après le 1^{er} janvier 2018,
veuillez compléter le tableau ci-dessous

Vaccins	Dates des vaccinations (par dose)		
	Dose 1	Dose 2	Dose 3
DT Polio			
Hib			
Coqueluche			
Hépatite B			
Pneumocoque			
ROR			
Méningocoque			

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 :

.....

