

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

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 2026/2027** 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 :