



FICHE INSCRIPTION

L'ENFANT

Nom : _____ Classe : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ G ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant et reste confidentielle. **A remplir en majuscule**

1 - RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

MERE

Nom :

Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

☎ travail :/...../...../...../.....

@ :@.....

Adresse :

.....

.....

Nom et tél de médecin traitant (Facultatif).....

PERE

Nom :

Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

☎ travail :/...../...../...../.....

@ :@.....

Adresse :

.....

.....

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si votre enfant a déjà eu une des maladies suivante, cochez la case (information à titre indicatif)

Rubéole ☐ Coqueluche ☐ Varicelle..... ☐ Otite ☐ Angine ☐ Rougeole ☐
Scarlatine..... ☐ Oreillons ☐ Rhumatisme Articulaires Aigu ☐

ALLERGIES : Asthme ☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autres ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre informations utiles)

.....
.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....
.....
.....

4 - AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

J'autorise la diffusion de photos/vidéos sur tous supports à des fins représentatives de la restauration scolaire :
oui ☐ non ☐

5 - PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE. (si impossibilité de contacter les parents)

Personne 1

Nom: Prénom :
☎ dom :/...../...../..... ☎ port/...../...../.....
Adresse :
Lien de parenté avec le responsable légal :

Personne 2

Nom: Prénom :
☎ dom :/...../...../..... ☎ port/...../...../.....
Adresse :
Lien de parenté avec le responsable légal :

6 – MODALITE DE PAIEMENT CHOISI

Prélèvement automatique (joindre autorisation prélèvement rempli) ☐

Je soussigné (e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le maire ou /et son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques et que les documents soumis à l'appui de ma demande sont authentiques et n'ont pas été modifiés de quelque façon que ce soit.

Le règlement Européen (RGPD) garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Commune de la Remaudière qui a traité votre demande.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date : Signature :