

6 Documents à présenter impérativement au moment de l'inscription

Fournir les photocopies

Carnet de santé
Carnet de santé (copie de la partie vaccination)

Assurance Oui Non
extrascolaire Nom de la compagnie.....
(à vérifier) N° de contrat.....
Date de souscription :/...../.....

7 Médecin traitant

Nom, prénom
Tel

8 Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Toute personne procédant à une fausse déclaration pour elle-même ou pour autrui s'expose, notamment aux sanctions prévues par la législation en vigueur dans le Code civil, le Code de la santé et le Nouveau Code pénal. L'organisateur des activités de la Direction de l'Éducation ne saurait être tenu responsable en cas de fausse déclaration.

Date **Signature (s)**

Conformément à la Loi « Informatique et libertés » modifiée du 06/01/1978 article 34, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modifications, de rectifications, et de suppressions des données vous concernant portées dans nos fichiers.

1 Ecole fréquentée

.....
.....

2 Enfant

Nom
Prénom
Date de naissance Lieu.....
Garçon Fille

3 Représentant légal de l'enfant (personne à contacter)

Vous êtes Le père La mère Le tuteur
Nom
Prénom Date de naissance
Adresse
Code postal Ville.....
N° Allocation
N° de Sécurité Sociale
Tel Domicile 0590
Tel Mobile 0690.....Tel professionnel 0590.....
Email@.....

4 Autre représentant légal (personnes à contacter)

Vous êtes Le père La mère Le tuteur
Nom
Prénom Date de naissance
Adresse
Code postal Ville.....
N° Allocation
N° de Sécurité Sociale
Tel Domicile
Tel Mobile 0690.....Tel professionnel 0590.....
Email@.....

5 A remplir obligatoirement : Recommandations des parents

Traitement médical Oui Non
 Projet d'Accueil Individualisé Existe-t-il un P.A.I. ? Oui Non
 Si oui, joindre le PAI et/ou l'ordonnance correspondante, médicaments et notices d'utilisation dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant (en boîte étanche si possible)

Asthme et allergies

Asthme Oui Non

Allergies Médicamenteuses Oui Non
 Alimentaires Oui Non
 Autres

Conduites à tenir (Signaler automédication)

Autres recommandations

Participation aux activités sportives dont piscine

Oui Non
 Si non, veuillez indiquer les contre indications.....

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou tétracoq				Autres :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication et / ou une attestation sur l'honneur.

Difficultés de santé et précautions à prendre

Maladies, accidents, crises convulsives, opérations, hospitalisations, rééducation, (préciser les dates)

.....

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. (précisez)

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Otite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>