

FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT :

NOM : Prénom :
Age : Nationalité :
Sexe : né(e) le : / / lieu :
N° de sécurité sociale :

FAMILLE :

Noms du (ou des) responsable(s) :
Adresse : Téléphone responsable 1 :
Téléphone responsable 2 :
Quartier : E-Mail : @
Situation familiale : Régime de sécurité sociale :
Nombre total d'enfants : Assurance :
Nombre d'enfants à charge : N° police assurance :

Responsable 1 :

Responsable 2 :

Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Adresse :			
Né(e) le : / /	lieu :	Né(e) le : / /	lieu :
Nationalité :		Nationalité :	
Téléphone :		Téléphone :	
Mobile :		Mobile :	
N° sécurité sociale :		N° sécurité sociale :	
N° allocataire CAF :		N° allocataire CAF :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :	
Autorité parentale oui / non		Autorité parentale oui / non	

Informations scolaires :

Année scolaire : 2018-2019 Ecole :
Classe : Nom de l'enseignant :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone domicile	Téléphone portable	Lien avec la famille

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone domicile	Téléphone portable	Lien avec la famille

Autorisations :

Autorisation	
Autorisation consultation du quotient familial CAF	oui
Autorisation d'hospitalisation/urgence	oui
Autorisation de filmer et photographe ALSH	oui
Autorisation de filmer et photographe périscolaire	oui
Autorisation de quitter seul(e) ALSH	non
Autorisation de quitter seul(e) l'accueil périscolaire du soir	non
Informations sur l'ALSH	

Informations santé/alimentation/allergie de l'enfant :

Nature	oui/non	Merci de préciser la cause de l'allergie (l'aliment, le médicament concerné...)	Existence d'un Projet d'accueil individualisé (PAI) oui/non *	Conduite à tenir, médicaments....
Allergie alimentaire				
Asthme				
Allergie médicamenteuse				
Autres (ex : sans viande, insectes..)				

***PAI à faire au plus vite avec le directeur/trice**

Vaccins :

Vaccins	obligatoire	Date dernière vaccination	Date prochaine vaccination
COQUELUCHE	oui		
DT/POLIO	oui		
ROR	oui		

Médecin :

Nom du médecin	spécialité	adresse	téléphone	ville

Indiquer ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération

Autres précautions à prendre :

Fait à :

le :

signature :

Merci de bien vouloir compléter ce document et de nous le remettre en main propre au service éducation afin de procéder aux premières réservations des repas. Sans retour de votre part, les repas seront facturés 5 €.