



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FICHE D'INSCRIPTION ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : Masculin
Lieu de naissance : Féminin
Adresse :

VIE SCOLAIRE

Première scolarisation : oui non
En quelle classe l'enfant sera-t-il scolarisé à la rentrée 2022/2023 :

LE PERISCOLAIRE ET LA RESTAURATION SCOLAIRE

	lundi	mardi	jeudi	vendredi
Périscolaire du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périscolaire du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Téléphone :
Allergies alimentaires : non oui, précisez
Allergies médicamenteuses : non oui, précisez
Allergies autres : non oui, précisez
Contre-indication médicale : non oui, précisez
Observations :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

	Père	Mère
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom		
Téléphone fixe		
Portable		
Mail		
Profession		
Adresse		
Tél professionnel		
Lieu de vie de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde de l'enfant	<input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Alternée	
Observations		

AUTRE(S) CONTACT(S) AUTORISE(S)

	Contact 1	Contact 2	Contact 3
Nom d'usage			
Prénom			
Lien avec l'enfant (1)			
Adresse			
Téléphone fixe			
Portable			
Observations			

(1) Lien avec l'enfant (nourrice, frère, sœur, autres) de préférence majeur.

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise les personnels à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale, et à le transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au Centre hospitalier.

Date :

Signature :