

# FICHE D'INSCRIPTION

MAIRIE  
DE  
SAINT-JULIEN-MONTDENIS  
73870

Téléphone : 04.79.59.60.85  
Télécopie : 04.79.59.59.26



ACCUEIL PERISCOLAIRE

RESTAURANT SCOLAIRE

## Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  Garçon  Fille

Classe  MP (Maternelle Petite section)  CP  CM1  
 MM (Maternelle Moyenne section)  CE1  CM2  
 MG (Maternelle Grande section)  CE2

**Père** Autorité parentale  oui  non

Nom et prénom.....

Adresse.....

domicile.....  
portable.....

Employeur.....

Adresse.....

.....

**Mère** Autorité parentale  oui  non

Nom et prénom.....

Adresse.....

domicile.....  
portable.....

Employeur.....

Adresse.....

.....

Situation familiale  Marié  Séparé  Vie maritale  
(fournir le livret de famille)

**Autre personne responsable légal de l'enfant** (autre que père et mère) (fournir un justificatif)

Nom et prénom.....

Adresse.....

domicile.....  
portable.....

Employeur.....

Adresse.....

domicile.....  
portable.....

**INSCRIPTION :**  Restaurant scolaire  
(cocher 1 ou 2 cases)  Accueil périscolaire

QF (Quotient Familial) = .....  
(fournir un justificatif de la CAF)

**PIÈCES A FOURNIR :**  Livret de Famille  
 Attestation de Quotient Familial de la CAF du mois en cours  
 Carte d'identité de la personne qui inscrit l'enfant

**Partie réservée à l'administration :** Date d'inscription.....  
Restaurant scolaire tarif : .....

# RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## VACCINS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires		Date dernier rappel	Vaccins Recommandés		Date dernier rappel
Diphthérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Autres (précisez).....		

Si l'enfant n'a pas ses vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication

## MALADIES (l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?)

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## ALLERGIES (l'enfant a-t-il des allergies ?)

Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres (précisez) .....					
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).....					
.....					
.....					
.....					

## DIFFICULTÉS DE SANTÉ – PRECAUTIONS A PRENDRE

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation...) en précisant les précautions à prendre.....
.....
.....
.....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

## MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom.....	Téléphone.....
----------	----------------

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise monsieur le maire à prendre le cas  
échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date..... Signature.....