

# FICHE D'INSCRIPTION

- RESTAURANT SCOLAIRE  
 GARDERIE

## Enfant

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance : .....  Garçon  Fille

Niveau  MP (Maternelle Petite section)  CP  CM1

MM (Maternelle Moyenne section)  CE1  CM2

MG (Maternelle Grande section)  CE2

**Père** Autorité parentale  oui  non

**Mère** Autorité parentale  oui  non

**Nom et prénom**.....

Adresse.....

①domicile.....

①portable.....

email .....@.....

**Employeur**.....

Adresse.....

①.....

**Nom et prénom**.....

Adresse.....

①domicile.....

①portable.....

email .....@.....

**Employeur**.....

Adresse.....

①.....

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

**Nom et prénom**.....

Adresse.....

①domicile.....

①tél.....

**Employeur**.....

Adresse.....

①.....

**PIÈCES A FOURNIR :**  Livret de Famille

Justificatif de Quotient Familial **Q. F. =**

Carte d'identité de la personne qui inscrit l'enfant

Justificatif de domicile

Carnet de santé (page « vaccin obligatoire » ou certificat de vaccination)

Attestation d'assurance couvrant les activités scolaires

R.I.B. + mandat prélèvement complété

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

Tarif restaurant scolaire : .....

# RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## VACCINS – MALADIES

Fournir une photocopie du carnet de santé (page vaccin obligatoire) ou les certificats de vaccination  
Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, joindre un certificat de contre-indication

## 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 .....					
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 lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc... ? (préciser)

.....

.....

## MEDECIN TRAITANT

Nom.....Téléphone.....

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise

Je n'autorise pas

le responsable des accueils périscolaires à utiliser les photos et vidéos de mon enfant dans un cadre strictement professionnel.

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