

# INSCRIPTION PERISCOLAIRE (Cantine, garderie)

Fiche enfant : Année 2017/2018

ATTENTION : UNE FICHE PAR ENFANT

NOM DE L'ENFANT : ..... Prénom : ..... Date naissance : .....  
Lieu de naissance : ..... Ecole : ..... Classe : .....

**Personne à contacter en cas d'urgence (A ne remplir que si différente des responsables légaux) :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. Travail : .....

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom et prénom : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

**VACCINATIONS :**

**COPIE OBLIGATOIRE DU CARNET DE SANTE** (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication).

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

<b>RUBÉOLE :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>VARICELLE :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ANGINE :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>R.A.A. :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>SCARLATINE :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>COQUELUCHE :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>OTITE :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ROUGEOLE :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>OREILLONS :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**ALLERGIES :**

ASTHME :  Oui  Non    MEDICAMENTEUSES :  Oui  Non    ALIMENTAIRES :  Oui  Non    AUTRES :  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

Toute allergie doit être signalée et accompagnée obligatoirement d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) dans le cas d'un traitement médical.

**DIFFICULTES DE SANTE** : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, tout traitement médical doit être signalé et accompagné obligatoirement d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

Lieu d'hospitalisation, en cas de nécessité : .....

Nous soussignés, .....  
responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à : ..... Date : .....

Signature(s) obligatoire(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :