FICHE D'INSCRIPTION - ÉCOLE MATERNELLE

2024 - 2025

|  |
| --- |
| **ENFANT** |
| **Identité** | **Photo**  |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |
| **Sexe :** |
| **Naissance :** |
| **A :** |
| **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE** |
| **Assureur :** |
| **N° :** |
| **RESPONSABLE LEGAL** |
| **Responsable 1** | **Responsable 2** |
| **Nom :** | **Nom :** |
| **Prénom :** | **Prénom :** |
| **Situation familiale :** Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | **Situation familiale :** Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| **Date de naissance : :** | **Date de naissance : :** |
| **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) |
| **Adresse :** | **Adresse :** |
| **Email :** | **Email :** |
| **Tél. :** | **Tél. :** |
| **Portable :** | **Portable :** |
| **Tél. Pro. :** | **Tél. Pro. :** |
| **Profession :** | **Profession :** |
| **Employeur / Profession Libérale :** | **Employeur / Profession Libérale :** |
| **Adresse – employeur / profession libérale :** | **Adresse – employeur / profession libérale :** |
| **Plein temps / Autre (précisez) :** | **Plein temps / Autre (précisez) :** |
| **Propriétaire : OUI - NON** | **Propriétaire : OUI - NON** |
| **Locataire : OUI - NON** | **Locataire : OUI - NON** |

|  |
| --- |
| **PERSONNES A CONTACTER** |
| **Contacts existants** |

|  |
| --- |
| **Nouveaux contacts** |
| **Contact** | **Contact** |
| **Nom :** | **Nom :** |
| **Prénom :** | **Prénom :** |
| **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) |
| **Tél. :** | **Tél. :** |
| **Portable :** | **Portable :** |
| **Appel en cas d'urgence :** | OUI / NON | **Appel en cas d'urgence :** | OUI / NON |
| **Autorisé à récupérer l'enfant :** | OUI / NON | **Autorisé à récupérer l'enfant :** | OUI / NON |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contact** | **Contact** |
| **Nom :** | **Nom :** |
| **Prénom :** | **Prénom :** |
| **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) |
| **Tél. :** | **Tél. :** |
| **Portable :** | **Portable :** |
| **Appel en cas d'urgence :** | OUI / NON | **Appel en cas d'urgence :** | OUI / NON |
| **Autorisé à récupérer l'enfant :** | OUI / NON | **Autorisé à récupérer l'enfant :** | OUI / NON |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** |
| **Autorisations** | **Réponse** |
| **Partir seul :** Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d’un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche). | OUI / NON |
| **Prise de photo :** Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l’image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d’articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | OUI / NON |
| **Sport :** Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. | OUI / NON |
| **Hospitalisation :** Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant | OUI / NON |
| **Appareillage** | **Réponse** |
| **Lunettes :** Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ? | OUI / NON |
| **Appareil dentaire :** Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| **Appareil auditif :** Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? | OUI / NON |

|  |  |
| --- | --- |
| **Handicap** | **Réponse** |
| **Handicapé :** Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | OUI / NON |

|  |
| --- |
| **Données complémentaires** |
| HORS COMMUNE : | OUI / NON |
| Problème de santé : |  |
| Vaccin : | BEXSERO / VARILRIX / ROTARIX / NEISVAC / HEXYON / PREVENAR / INFANRIX / ROTATEQ / PRIORIX / VAXELIS / AVAXIM / INFLUVAC / VARILRIX / COVID |
| N°Sécurité Sociale : |  |

|  |
| --- |
| **Informations médicales** |
| **Médecin** | **Téléphone** | **Spécialité** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Allergies** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Pratiques alimentaires** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vaccin** | **Fait le** | **Date rappel** |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP) |  |  |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH) |  |  |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B |  |  |
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) |  |  |
| Grippe |  |  |
| Haemophilus influenzae b |  |  |
| Hépatite A |  |  |
| Hépatite B |  |  |
| Méningocoque C |  |  |
| Papillomavirus humains |  |  |
| Pneumocoque |  |  |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) |  |  |
| Tuberculose (BCG) |  |  |
| Varicelle |  |  |
| Autre |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maladie** | **Date maladie** | **Observation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contre-indication** | **Date de début** | **Date de fin** | **Observation** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

Mode d'emploi :

Si vous désirez inscrire votre enfant à une des activités péri et extra-scolaire pour l’année « FICHE D’INSCRIPTION » en annexe.

Remarque : Remplir le Formulaire requis en fonction de vos demandes et de votre situation.

Nous soussignés (\*)

**ATTESTATION**

Responsables légaux de l’enfant (\*)

* **Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,**
* **Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,**
* **Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris**

 **connaissance de l’intérêt à souscrire un contrat d’assurance de personnes couvrant les dommages**

 **corporels,**

* **Autorisons le responsable de la structure, en cas d’incident impliquant notre enfant, à communiquer nos**

 **coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,**

* **Attestons sur l’honneur être titulaires de l’autorité parentale et certifions sur l’honneur les renseignements portés par ce formulaire.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable 1 (\*)** | **Responsable 2** |
| **Fait à :** |  | **Fait à :** |  |
| **Date :** |  | **Date :** |  |
| **Signature :** |  | **Signature :** |  |

\* A remplir obligatoirement