

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

RENTREE 2017-2018 // 1^{ère} INSCRIPTION // MATERNELLE OU ELEMENTAIRE

SERVICE SCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

Pour des raisons de sécurité, la Commune doit être en possession d'une fiche individuelle de renseignements concernant chaque enfant fréquentant l'école maternelle ou élémentaire, ainsi que le Centre de Loisirs et la garderie.

Celle-ci devra donc nous être retournée en Mairie au service scolaire dument complétée et signée **impérativement pendant la période du 23 JANVIER au 31 MARS 2017 inclus.**

ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :
 Sexe : F M Date et lieu de naissance :
 Ecole : Classe :

J'inscris mon enfant pour l'année scolaire et je coche la (les) case(s) concernée(s).

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

INSCRIPTION A TITRE INDICATIF

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
Transport scolaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ALSH (Mercredi)	XXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXX		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXX	
ALSH (Vacances)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Garderie matin	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Garderie soir	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXX		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Etude à partir du CP	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXX		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nouvelles Activités Péri-scolaires (NAP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXX		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

RESPONSABLE LEGAL

PERE : Nom Prénom :
 Téléphone professionnel : Portable :
 Téléphone domicile :
 Adresse :
 Mail :@.....

MERE : Nom : Prénom :
 Téléphone professionnel : Portable :
 Téléphone domicile :
 Adresse :
 Mail :@.....
 N° d'allocation familiale : N° Sécurité Sociale

AUTORISATION

Autorisation d'être informé par SMS : oui non
 Autorisation pour diffusion photos, images : oui non
 Autorise mon enfant à être transporté dans un véhicule municipal : oui non
 Autorise mon enfant à effectuer des sorties en car : oui non

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
 Demeurant
 Représentant(e) légal(e) de l'enfant (nom, prénom).....
 Date de naissance....., autorise en cas d'accident, la Ville de Villejust à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant, y compris l'hospitalisation selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs pompiers ou du SAMU.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'état de santé de mon enfant ne nécessite pas de régime alimentaire particulier
 nécessite le régime alimentaire suivant :

Allergies

Alimentaires Asthme Médicamenteuse(s) Autres :

Maladies déjà contractées

Rubéole Coqueluche Rougeole Scarlatine
 Varicelle Otite Angine Autres :

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	Oui	Non
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
BCG				Varicelle			

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
 Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.*

Recommandations utiles

L'enfant a-t-il :

Lentilles oui non Lunettes oui non
 Prothèses dentaires oui non Prothèses auditives oui non

Régime alimentaire spécifique :

Difficultés de santé

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? Lesquelles ? (Réponse facultative)

.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :
 Téléphone domicile : Téléphone travail :
 Nom : Prénom :
 Téléphone domicile : Téléphone travail :

Autorisations

Je soussigné(e) (Nom et prénom).....
 Autorise les personnes ci-dessous à prendre mon enfant.....
 dans le cadre de l'année scolaire, après la garderie et le Centre de Loisirs

NOM	PRENOM	TELEPHONE	NOM	PRENOM	TELEPHONE

Nous vous rappelons que ces personnes devront se munir d'une pièce d'identité

Date :

Signature :