



**FICHE INSCRIPTION**  
**PERISCOLAIRE ET OU RESTAURATION SCOLAIRE**  
**Année Scolaire 2010-2011**

**AULT - ANNEE SCOLAIRE 2010-2011 - INSCRIPTION PERISCOLAIRE OU CANTINE**

**Autorité Parentale**

---

Qui exerce l'autorité parentale ?      Père                  Mère                  Tuteur                  (entourez)

**LE PERE ( ou le tuteur)**

---

**Nom et Prénom du Père ou du Tuteur :** .....

**Un numéro de tel (portable ou joignable facilement) :** .....

**Employeur du père :**

Nom de l'employeur : .....      Tel : .....

**LA MERE**

---

**Nom et Prénom de la mère :** .....

**Un numéro de tel (portable ou joignable facilement) :** .....

**Employeur de la mère :**

Nom de l'employeur : .....      Tel : .....

**Sécurité Sociale**

---

Numéro de Sécurité Sociale du responsable : .....

***Mutuelle (s'il y a)***

---

Nom et adresse : .....

***Assurance Responsabilité Civile (Obligatoire - Merci d'en joindre une photocopie)***

---

Nom de l'assurance : ..... N° de contrat : .....

***Médecin de famille***

---

Nom / Ville / Tel : .....

***Personnes habilitées à prendre l'enfant***

---

Merci de nous indiquer ci dessous les noms, prénoms et numéros de téléphones des personnes autorisées à récupérer votre enfant en cas d'empêchement :

.....

**L'ENFANT**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Garçon - Fille (entourez) **Date de naissance :** ..... **Classe :** .....

**Adresse principale :** .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

*Merci de nous joindre OBLIGATOIREMENT une copie du carnet de santé*

Si l'enfant n'est pas vacciné, veuillez nous préciser **POURQUOI** :

**L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes :** (cochez lisiblement les cases)

<b>Rubéole</b>		<b>Varicelle</b>		<b>Angines</b>		<b>Rhumatismes</b>		<b>Scarlatine</b>	
Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
<b>Coqueluche</b>		<b>Otites</b>		<b>Asthme</b>		<b>Rougeole</b>		<b>Oreillons</b>	
Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui

**Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :**

(maladie, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

**Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?** Non Oui (entourez)

Si 'Oui', lequel : .....

(si l'enfant doit suivre un traitement, merci de nous joindre une copie de l'ordonnance)

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant)

**MON ENFANT VA FREQUENTER LA GARDERIE**

du matin du soir (entourez)

A quelle fréquence : occasionnelle Fréquemment en cas de besoin

**MON ENFANT VA FREQUENTER LA RESTAURATION SCOLAIRE**

Oui Non (entourez)

A quelle fréquence : occasionnelle Fréquemment en cas de besoin

Date

Signature