



# Dossier d'inscription 2017/2018

À compléter et à retourner impérativement AVANT LE 9 JUIN 2017

- Une fiche par enfant -

## ● Renseignements des responsables de l'enfant

### Responsable n°1

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Tuteur : OUI - NON \*  
 Adresse : .....  
 CP : .....  
 Commune : .....  
 Mail : .....

### Responsable n°2

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Tuteur : OUI - NON \*  
 Adresse : .....  
 CP : .....  
 Commune : .....  
 Mail : .....

### Téléphone

Au minimum 2, dans l'ordre, pour vous contacter en cas d'urgence  
 (Merci de renseigner les deux tableaux)

Numéros  
 1 .....  
 2 .....  
 3 .....  
 4 .....

	Père	Mère	Autre
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Portable - Domicile - Professionnel		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ● Renseignements de l'enfant

Nom : Prénom :

Garçon / Fille (*Rayer la mention inutile*)

Date de naissance :

Classe (rentrée 2017/2018) :



## ● Renseignements médicaux

### Vaccinations

- Joindre une copie du carnet de vaccinations
- Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### Médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Recommandations des parents

(maladies, traitements, allergies, asthme, régime, lunettes, prothèses dentaires ou auditives...)

.....  
.....  
.....

Si recommandations, quelles conduites et précautions faut-il prendre ?

.....  
.....

### Projet d'accueil individualisé

Un PAI est-il mis en place pour votre enfant ?

Oui Non

## ● Restauration scolaire

Mon enfant mangera à la cantine à compter du : .....

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Occasionnel  Planning\*

**\* Le planning est à communiquer par écrit avant le 15 du mois précédent, avant 11h30**

### Autorisation de sorties :

J'autorise les personnes nommées ci-contre à récupérer mon (mes) enfant(s) :

.....  
.....  
.....

Je soussigné, Mme, M., ....., mère, père, tuteur\*, responsable légal de l'enfant.....:

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- déclare avoir pris connaissance du règlement de la cantine et s'engage à le respecter,
- autorise l'équipe d'animation du service à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin,
- m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille,
- autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant et à utiliser à titre gracieux ces images en interne, pour la présentation des activités ou dans la presse municipale.

Fait à :

le :

signature :