

DOSSIER D'INSCRIPTIONS

Temps méridien

Période transitoire 01/2023 à 07/2023

NOM de l'enfant :.....

Prénom de l'enfant :.....

Classe :

Fratrie : oui non

Fréquentation régulière : oui non

CANTINE	
LUNDI	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>

Fréquentation occasionnelle : oui non

CANTINE	
LUNDI	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>

Pour les inscriptions occasionnelles, inscription au plus tard le vendredi 17h pour la semaine suivante.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Ville :

PARENTS

Père

Nom :
Prénom :
Adresse :
Complément
Ville :
Téléphone port :
Téléphone travail :
E-mail* :

Autorité parentale : oui non

Si parents séparés acceptez-vous que les informations soient envoyées aux 2
parents : oui non si non, parent destinataire :

Mère

Nom :
Prénom :
Adresse :
Complément
Ville :
Téléphone port :
Téléphone travail :
E-mail :

Autorité parentale : oui non

*Renseignement d'une adresse mail obligatoire par famille

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

Nom et Prénom	Lien de parenté	Téléphone portable

Date :

Signature des parents

Nous attestons sur l'honneur que les informations recueillies sont exactes.

FICHE SANITAIRE

Nom

Prénom

Allergies :

* alimentaires	oui	non	si oui, cause de l'allergie :
* médicament	oui	non	si oui, cause de l'allergie :
* asthme	oui	non	

PAI mis en place oui non
Conduite à tenir en cas d'allergie :

.....
.....

Régime alimentaire particulier : oui non
si oui, régime :.....

Port de lunettes : oui non
Conduite à tenir particulière :

Autorisations :

Je donne l'autorisation à ce que mon enfant soit transporté, en cas d'accident :

. **A l'Hôpital de**
. **A la Clinique de**.....

Nom et adresse, téléphone du médecin traitant.....

.....

Date

Signature des parents