

DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Attestation d'assurance extra-scolaire | ☐ Copie vaccins | ☐ Attestation de quotient familial CAF |
| ☐ Justificatif de domicile (de moins -3 mois) | ☐ Carte vitale des parents | ☐ Livret de famille |

ENFANT

Nom :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	Lieu de naissance :	☐ F
Adresse :		☐ H
Etablissement scolaire :	Enseignant :	Classe :
Régime alimentaire : ☐ Standard ☐ Sans porc ☐ Halal ☐ Végétarien ☐ Autre		

PARENTS

PARENT 1		PARENT 2	
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Née le :		Née le :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone portable :		Téléphone portable :	
Téléphone fixe :		Téléphone fixe :	
Mail :		Mail :	
Situation familiale :		Situation familiale :	
Profession :		Profession :	
N° de SS :		N° de SS :	
Régime SS :		Régime SS :	
☐ Cochez s'il s'agit du même numéro de SS pour votre enfant		☐ Cochez s'il s'agit du même numéro de SS pour votre enfant	

AUTORISATIONS

➔ Autorise le Centre Social et Familial Victor Hugo à photographier, filmer et enregistrer l'image de mon enfant dans le cadre des activités auxquelles il participe.	☐ Oui	☐ Non
➔ Autorise le CSF à se connecter à l'espace CAF Pro afin d'obtenir le quotient familial actualisé	☐ Oui	☐ Non
➔ Autorise mon enfant à rentrer seul à l'heure de fermeture	☐ Oui	☐ Non

LES PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT OU A CONTACTER EN CAS D'URGENCE*

1	Nom : Téléphone :	Prénom : Lien de parenté :
2	Nom : Téléphone :	Prénom : Lien de parenté :
3	Nom : Téléphone :	Prénom : Lien de parenté :

*Autre que les parents

RENSEIGNEMENT SANITAIRE

VACCINATIONS

Obligatoire	Dates des derniers rappels	Recommandés	Dates
☐ Diphtérie		☐ Hépatite B	
☐ Tétanos		☐ Rubéole – Oreillons – Rougeole	
☐ Poliomyélite		☐ Coqueluche	
☐ Ou DT Polio		☐ BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical ?		L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?					
☐ Oui	☐ Non	Rubéole	☐ Oui	☐ Non	Coqueluche	☐ Oui	☐ Non
<i>Si Oui, joindre obligatoirement une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament avec le nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance</i>		Varicelle	☐ Oui	☐ Non	Otites	☐ Oui	☐ Non
		Angines	☐ Oui	☐ Non	Asthme	☐ Oui	☐ Non
		Rhumatisme	☐ Oui	☐ Non	Rougeole	☐ Oui	☐ Non
		Scarlatine	☐ Oui	☐ Non	Oreillons	☐ Oui	☐ Non

LES ALLERGIES					
Poussières	☐ Oui	☐ Non	Médicamenteuses	☐ Oui	☐ Non
Alimentaire	☐ Oui	☐ Non	Poils et Plumes	☐ Oui	☐ Non
Autres :					
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. (En cas d'automédication merci de la signaler et de joindre une autorisation écrite ainsi qu'une ordonnance :					

LES DIFFICULTES DE SANTE DE L'ENFANT			
Situation d'handicap	☐ Oui	☐ Non	Si oui, de quel handicap s'agit-il ? :
Ce handicap est-il reconnu par la MDPH ?	☐ Oui	☐ Non	
Votre enfant possède-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ Oui ☐ Non			
→ Si oui, merci de nous fournir une copie.			
Précisez si l'enfant a connu des difficultés de santé (maladie, accident, etc) en précisant les dates et les précautions à prendre :			

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS			
L'enfant porte-t-il des lunettes ?	☐ Oui	☐ Non	Autres :
L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?	☐ Oui	☐ Non	
L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?	☐ Oui	☐ Non	

HABITUDES DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS			
L'enfant fait-il des siestes ?	☐ Oui	☐ Non	L'enfant dort-il avec un doudou ou une tétine ? ☐ Oui ☐ Non

MEDECIN TRAITANT	
Nom – Prénom :	
Adresse :	
☐ Généraliste	☐ Pédiatre
N° de téléphone :	

- ☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et d'en accepter toutes les conditions.
- ☐ Je déclare l'exactitude de tous les renseignements fournis ci-dessus.

Le _____ à _____

Signature :