

# D'INSCRIPTION

## 2016-2017

un aux 5 services :

**École surveillée-Restaurant scolaire  
Garderie périscolaire-Temps d'Activités Périscolaires  
Accueil de loisirs mercredis et vacances**

### ENFANT : 1

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon

Fille

### ENFANT : 2

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon

Fille

### INSCRIPTION :

Ecole publique maternelle  Ecole publique élémentaire  Ecole St Hughes

Classe : enfant 1:.....enfant 2.....

Nom de l'enseignant : enfant 1 .....enfant 2.....

**LES PARENTS** :Situation familiale : Marié(e) Vie maritale Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e)

Nom / prénom du père : .....

Nom / prénom de la mère : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Ville : .....

Tél. domicile : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. Portable : .....

Tél. travail : .....

Tél. Travail : .....

Profession : .....

Profession : .....

Courriel : .....

Courriel : .....

N° allocataire CAF : .....

N° allocataire CAF : .....

N° allocataire MSA : .....

N° allocataire MSA : .....

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Les parents sont priés de venir chercher leur(s) enfant(s) ou bien de le(s) faire récupérer par une ou d'autre(s) personne(s), âgé(es) d'au moins 16 ans (pour l'accueil périscolaire), dont le(s) nom(s) est (sont) communiqué(s) au personnel d'encadrement.

Il est impératif que les familles respectent l'horaire défini.

Je soussigné(e) .....

**AUTORISE** M ou Mme .....

Adresse .....

N° de téléphone .....

**AUTORISE** M ou Mme .....

Adresse .....

N° de téléphone .....

**AUTORISE** M ou Mme .....

Adresse .....

N° de téléphone .....

**AUTORISE** M ou Mme .....

Adresse .....

N° de téléphone .....

À venir chercher mon(mes) enfant(s) : nom(s) - prénom(s) .....

.....

- J'accepte que mon enfant soit pris en photo (Dauphiné, bulletin municipal, expo...)
- J'autorise mon enfant à utiliser les transports (car, mini-bus, transports en commun) pour les sorties extérieures
- J'accepte les règlements de fonctionnement de tous les services
- J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les Temps d'Activités Périscolaires (T.A.P.)
- J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs (mercredis et vacances scolaires)

Date : .....

Signature :

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

GARÇON

FILLE

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

AGE (à l'inscription) : \_\_\_\_\_

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM / PRENOM : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétracoq		autre	

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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI

NON

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants**

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

## L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE  
 oui  non

VARICELLE  
 oui  non

ANGINE  
 oui  non

RHUMATISME  
 oui  non

SCARLATINE  
 oui  non

COQUELUCHE  
 oui  non

OTITE  
 oui  non

ROUGEOLE  
 oui  non

OREILLONS  
 oui  non

## ALLERGIES :

ASTHME  
 oui  non

ALIMENTAIRE  
 oui  non

MÉDICAMENTEUSE  
 oui  non

AUTRES  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**PRECISEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

---

---

---

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :**

LUNETTES	LENTILLES	PROTHESES AUDITIVES	PROTHESES DENTAIRES	AUTRES
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____			

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre enfant a-t-il des problèmes d'incontinence ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre enfant est-elle réglée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres (précisez)	_____	

**PRECISEZ LES CONDUITES A TENIR :**

---

---

---

**MÉDECIN TRAITANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

COMMUNE : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, atteste que la santé de mon enfant lui permet de participer aux activités sportives et de plein air organisées par la commune d' Allevard.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

**Cette fiche sanitaire est valable jusqu'à fin août 2016.**

Fait à Allevard, le \_\_\_\_\_

Signature