

Sanitaires et de sécurité

NOM et PRENOM de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Adresse : _____

☎ de l'enfant * : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Photo
Récente
Obligatoire

père ou tuteur

Nom Prénom : _____

Tél fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tél portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Email : _____ @ _____

mère ou tutrice

Nom Prénom : _____

Tél fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tél portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Email : _____ @ _____

N° allocataire CAF * : _____

(pour le calcul du quotient familial ou fournir l'avis d'imposition N-1 sur les revenus N-2)

Réception des factures par mail :

OUI, laquelle : père (ou tuteur) mère (ou tutrice) NON

Personne (autre que les parents) à prévenir en cas d'urgence *

Nom Prénom : _____ Tél portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Votre enfant présente-t'il un régime alimentaire particulier * :

OUI, lequel : _____ NON

Informations médicales

Vaccins (joindre la copie du carnet de santé) : DT POLIO : ____ / ____ / _____ (date du dernier rappel)

Allergies (1)

↳ **Alimentaire** OUI, laquelle : _____ NON

(si oui et selon la gravité, la ville se réserve le droit de valider ou non l'inscription)

↳ **Médicamenteuse** OUI, laquelle : _____ NON

(maladie nécessitant un traitement à prendre pendant l'accueil)

↳ **Autre** OUI, laquelle : _____ NON

(1) Un Pai (Protocole d'Accueil Individuel) devra être réalisé préalablement à l'accueil de l'enfant. Dans le cas contraire, l'inscription ne pourra être confirmée.

Maladies infantiles déjà contractées * _____

Renseignements divers (malade, autre...) * _____

Médecin traitant * : Nom : _____ ☎ ____ / ____ / ____ / ____ / ____

* Facultatif



