

Fiche d'Inscription 2026 / 2027

Enfance / Jeunesse / Restauration

Photo

L'ENFANT

NOM* : Prénom* :

Sexe* : fille garçon

Date de Naissance* : / / Ecole* : Classe* :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* (pour tous les enfants) DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* (pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018)

Hépatite B Rougeole-Oreillons-Rubéole Méningocoque C
 Coqueluche Pneumocoque Haemophilus Influenzae type b (HIB)

ALLERGIES*

Asthme : oui non Alimentaire : oui non Médicamenteuse : oui non Autre : oui non

Précisez les conduites à tenir : _____

PAI* (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non Date de validité : _____

Enfant bénéficiaire de l'AEEH* : oui non Date d'application : _____

DIFFICULTES DE SANTE / RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS / REGIME PARTICULIER

RESPONSABLES LEGAUX

Garde alternée

Situation familiale* : Marié.e Pacsé.e Vie maritale Divorcé.e Séparé.e Veuf.ve Célibataire

Représentant n°1

NOM* :

NOM de naissance* :

Prénom* :

Sexe* : femme homme

Date de naissance* :

Lieu de naissance* :

Département naissance* :

(naissance à l'étranger : indiquer le pays + 99)

Adresse* :

Code Postal* :

Ville* :

domicile : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

et/ou portable* : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

et/ou professionnel : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

mail* :

Représentant n°2

NOM* :

NOM de naissance* :

Prénom* :

Sexe* : femme homme

Date de naissance* :

Lieu de naissance* :

Département naissance* :

(naissance à l'étranger : indiquer le pays + 99)

Adresse* :

Code Postal* :

Ville* :

domicile : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

et/ou portable* : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

et/ou professionnel : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

mail* :



