

À COMPLÉTER EN MAJUSCULES





ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  M  F

ÉCOLE : ..... CLASSE à la rentrée 2010-2011: .....

ENSEIGNANT : ..... DEROGATION  Oui, accordée en .....  Non

## PARENTS

Mère : .....	Père: .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
 Domicile : .....	 Domicile : .....
Portable : .....	Portable : .....
Professionnel : .....	Professionnel : .....
 Mail : .....	 Mail : .....

Facture adressée à la mère

Facture adressée au père

CAF : N° allocataire : ..... Quotient familial : .....

## SITUATION FAMILIALE

- |                                 |                                      |                                   |  |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mariés | <input type="checkbox"/> Union libre | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : |
| <input type="checkbox"/> Pacsés | <input type="checkbox"/> Séparés     | <input type="checkbox"/> Divorcés |  |

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

NOM – Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant
.....	.....	.....
.....	.....	.....

# INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

## RESTAURATION

- |  |                                |                                |                                |                                   |                                      |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Restauration collective | <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Occasionnel |
| <input type="checkbox"/> Restauration familiale  | <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Occasionnel |

Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant le jeudi 2 septembre 2010 ?  Oui  Non

Remarques : .....

Je soussigné(e) ....., responsable de l'enfant, certifie avoir reçu ce jour le guide de la vie scolaire et en accepter les termes.

Date : .....

Signature des parents :

## RÉSERVÉ AU SERVICE

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire   | <input type="checkbox"/> Fiche de paie Monsieur ou Assedic <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Avis d'imposition |
| <input type="checkbox"/> PAI   | <input type="checkbox"/> Fiche de paie Madame ou Assedic <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Quotient CAF      |
| <input type="checkbox"/> Document attestant de l'autorité parentale et de la résidence de l'enfant |   |  |

ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  M  F  
 ÉCOLE : .....  
 CLASSE : ..... ENSEIGNANT : .....

## VACCINATION

DTCP ou DTP		Antituberculeuse (BCG) <i>facultatif</i>
1 <sup>ère</sup> vaccination : ...../...../.....	1 <sup>er</sup> rappel : ...../...../.....	1 <sup>ère</sup> vaccination : ...../...../.....
2 <sup>ème</sup> vaccination : ...../...../.....	2 <sup>ème</sup> rappel : ...../...../.....	Re-vaccination : ...../...../.....
3 <sup>ème</sup> vaccination : ...../...../.....		

*Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir un certificat de contre-indication.*

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT

(allergies médicamenteuses, asthme...)

Problème dû à :	Manifestations :	Conduite à tenir :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## ALLERGIES ALIMENTAIRES

Allergie à :	Manifestations :	Aliments à proscrire :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

*Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité des parents de nous signaler tout problème médical touchant leur enfant.*

*Pour un enfant souffrant d'allergie(s) alimentaire(s), son inscription ne sera effective qu'à partir du moment où un certificat médical nous aura été fourni.*

*Dans le cas où l'allergie amènerait à exclure un aliment, nous vous demanderons de prendre contact avec le service, afin qu'un projet d'accueil individualisé soit éventuellement envisagé.*

## NOM – PRÉNOM – N° TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) ....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :

*Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le temps de restauration et d'accueil de votre enfant. Elle sera transmise à Loisirs Enfance Jeunesse de Seyssins (LEJS) en charge de l'animation.*

## RÉSERVÉ AU SERVICE

Mise en place d'un PAI :  Oui  Non  Certificat médical  
 RDV avec le responsable le : ..... à .....  Autorisation parentale d'administrer un médicament