



NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

Sexe : M F Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole fréquentée en 2025/2026: Classe :

RESPONSABLE 1 (nom et prénom) :

Date de naissance :

Adresse

.....

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail (pour envoi informations) :

Nom, adresse de l'employeur :

.....

Téléphone professionnel :

Situation familiale : marié divorcé séparé concubinage veuf/veuve

RESPONSABLE 2 (nom et prénom) :

Date de naissance :

Adresse

.....

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail (pour envoi informations) :

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :

.....

Téléphone professionnel :

Situation familiale : marié divorcé séparé concubinage veuf/veuve

Adresse de facturation : Père et mère Père Mère

Numéro allocataire CAF :

Quotient familial :

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant à la place des parents et/ou à contacter en cas d'urgence :

NOM ET PRENOM :

Autorisé à : contacter d'urgence récupérer

N° de téléphone :

Lien avec l'enfant :

NOM ET PRENOM :

Autorisé à : contacter d'urgence récupérer

N° de téléphone :

Lien avec l'enfant :



Pour que votre dossier soit complet, il faut nous transmettre :

- Une attestation de quotient familial CAF
- Une copie du carnet de santé (pages de vaccination)
- Une copie d'assurance scolaire 2025/2026
- Un RIB (si changement)
- La notification MDPH (si handicap)



Autorisations parentales diverses

Je soussigné(e), Madame/Monsieur

AUTORISE mon fils/ma fille

	OUI	NON
Accord de transport en urgence à l'hôpital en cas d'accident		
Autorisation à partir seul (à partir de 6 ans)		
Autorisation de prise de photo (bulletin municipal, etc.)		
Autorisation de sport		
Port d'un appareil auditif		
Port d'un appareil dentaire		
Port de lunettes		

Règlement

L'inscription au service Enfance/Jeunesse vaut acceptation du règlement de fonctionnement.

Assurance

Assureur :

Numéro de contrat :

Fiche sanitaire

VACCINATIONS (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Vaccins obligatoires	Fait le	Date de rappel	Vaccins recommandés	Date
DTP			Hépatite B	
Ou DTCP			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DTCPH			Pneumocoque	
Ou DTCPHHB			BCG	

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

Renseignements médicaux

Allergies : médicamenteuses, alimentaires, asthme, autres... :

Pratique alimentaire :

Nom du médecin traitant : Numéro de téléphone :

 L'enfant suit-il un TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER ?

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.

 Indiquez ci-après les éventuelles DIFFICULTES DE SANTE en précisant les précautions à prendre :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration.

A le

Signature du responsable légal