

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'AAEH* : 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* :



