

DOSSIER D'INSCRIPTION Année scolaire 2025/2026

Renseignements concernant l'enfant :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Sexe : F M Age : Classe:

Responsable légal :

Père: Nom Prénom :
Mère: Nom Prénom :

Adresse :

Tel fixe Portable du Père : Portable de la mère.....

Mail :

Profession du père : Employeur :

Profession de la mère : Employeur :

N° de sécurité sociale :

Êtes vous allocataire CAF ? Oui Non

N°CAF :

Caisse d'appartenance : BEAUVAIS CREIL AUTRE:

Percevez-vous des allocations CAF : Oui Non

Autre régime : MSA SNCF EDUCATION NATIONALE AUTRE:

Avez-vous une mutuelle ? Si oui, nom et adresse :

Bénéficiez vous de la C.M.U .(***) ? OUI NON

Nom de votre compagnie d'assurance:

Numéro de contrat:

Planning d'inscription :

Matin Midi Soir

A l'année

Ponctuel:

4 jours semaine

3 jours semaine

2 jours semaine

1 jour semaine

}

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Matin Midi Soir

Matin Midi Soir

Matin Midi Soir

Matin Midi Soir

DIRECTION ENFANCE - JEUNESSE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2025/2026

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT ;

1- VACCINATIONS (se référer au certificat de vaccinations de l'enfant).

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI NON

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHMES : OUI NON

ALIMENTAIRES (*) OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES.....

(*) Si allergies alimentaires précisez lesquelles :

.....

Un PAI (**) a-t-il été signé OUI NON

Si oui, dernière date de signature

Si un P.A.I. a été signé, il doit impérativement être joint à cette Fiche Sanitaire de Liaison.

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)
(si certificat médical, joindre une copie)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, opérations, rééducation,...) en précisant les dates et les précautions a prendre.

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire pour des raisons religieuses ? NON OUI

Lequel :

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Précisez

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

PERE

NOM:
PRENOM:
ADRESSE
TEL. FIXE :
TEL. BUREAU :
E.MAIL :

MERE

NOM:
PRENOM :
ADRESSE:
TEL. FIXE :
TEL. BUREAU:
E.MAIL:

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.) :.....
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT

6- LES AUTORISATIONS

- Autorisons *A participer aux sorties dans le cadre des activités proposées*
- N'autorisons pas
-
- Autorisons *A être photographié dans le cadre des diverses activités proposées*
- N'autorisons pas
-
- Autorisons *Le personnel à administrer les éventuels médicaments prescrite par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance*
- N'autorisons pas
-
- Autorisons *L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident (SAMU, Pompiers, Hospitalisation, anesthésies)*
- N'autorisons pas

Date :

Signature :

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant (hors parents)

Nom Prénom :	Liens de parenté	Numéro de tel :	Portable:

Pièces a joindre

- Attestation CAF
(**SI PAS ALLOCATAIRE** avis d'imposition année N-1 (Impôt 2024 sur revenus 2023))
- Photocopies des vaccins
- Règlement intérieur signé
- Justificatif de domicile (-3 mois)
- Attestation assurance scolaire ou extrascolaire
- Attestation employeur (des 2 parents)

ATTENTION !

Tout dossier incomplet sera refusé