

DOSSIER D'INSCRIPTION Année scolaire 2026/2027

Renseignements concernant l'enfant :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M Age : Classe:
Régime Alimentaire:

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:

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 : ATTENTION le prévisionnel (à l'année ou au mois) sera tout de même nécessaire

☐ 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 2026/2027

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 ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

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 las dates et les précautions a prendre.

.....
.....

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

.....
.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

6- LES AUTORISATIONS

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

Date :

Signature :

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

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

Pièces à joindre

- ☐ Attestation CAF
(**SI PAS ALLOCATAIRE** avis d'imposition année N-1 (Impôt 2025 sur revenus 2024))
- ☐ Certificat de vaccination
- ☐ Règlement intérieur signé
- ☐ Justificatif de domicile (-3 mois)
- ☐ Attestation assurance scolaire ou extrascolaire

ATTENTION !

**Tout dossier incomplet
sera refusé**