

ECOLE !

Nom de l'école :

Classe:

LES AUTORISATIONS !

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant

Noms/Prénoms	Parentés	Téléphone	Autori- sée	Interdite

- Vous autorisez l'enfant à :
- participer à l'ensemble des sorties
 - être hospitalisé.
 - être photographié et publié par le SLE
 - rentrer seul du périscolaire et/ou mercredi

En signant ce document, je confirme les informations et m'engage à respecter le règlement intérieur de la structure.

Fait à Le

Signature:

PIECES A FOURNIR

- Dernier avis imposition sur les revenus du foyer
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation d'assurance scolaire
- Attestation de sécurité sociale
- Livret de famille ou acte de naissance
- Numéro d'allocataire CAF :
- Photocopie des vaccins du carnet de santé
- Jugement de divorce/protocole de garde
- PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre d'une allergie alimentaire ou asthme,.. etc si existant



DOSSIER

SLE
MARGNY-LES-COMPIEGNE
2023-2024

D INSCRIPTION

ENFANT !

Nom : Prénom :

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance :

Régime alimentaire : avec viande sans viande/sans porc PAI

FAMILLE !

Parent 1 : Nom et prénom:

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Profession : Employeur :

Email :

Téléphone professionnel :

Situation : marié séparé concubinage pacsé célibataire

Parent 2 : Nom et prénom:

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Profession : Employeur :

Email :

Téléphone professionnel :

Situation : marié séparé concubinage pacsé célibataire

AUTOTISATION

- J'autorise l'utilisation de mes données dans le cadre de la loi RGPD (saisie informatique des données personnelles et de santé).
- Reconnais avoir lu et accepte sans réserve le règlement intérieur.

FICHE SANITAIRE !

1- Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/oreillons/ rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2- Renseignement médicaux 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 de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Un PAI a-t-il été mis en place? Oui Non

Si oui merci de fournir une copie s'il vous plaît.

3- Médecin traitant

Nom du médecin traitant:

Téléphone:

4- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole: Oui Non
- Varicelle: Oui Non
- Angine: Oui Non
- Scarlatine: Oui Non
- Oreillons : Oui Non
- Otite: Oui Non
- Coqueluche: Oui Non
- Rougeole: Oui Non
- Rhumatisme articulaire aigu: Oui Non

5- L'enfant a-t-il des allergies ?

- Asthme: Oui Non
- Alimentaires: Oui Non
- Médicamenteuses: Oui Non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre:

.....

6- Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ou autre (précisez) :

.....

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du site de Margny les Compiègne à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature: