



**FICHE D'INSCRIPTION
2017-2018
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

- CANTINE
 GARDERIE
 MERCREDI

- IMPOTS :**
A < 500.00
B > 500.00
D Exterieur

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Né(e) le : _____ Lieu de Naissance : _____ Age : _____

Ecole : _____ Maternelle Elémentaire

FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Monsieur Madame

Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Vie maritale Séparé(e) Veuf(ve) Pacsé(e)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. Domicile : _____ Tél. portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Acceptez-vous que votre enfant soit pris en photo ou filmé : non oui

Assistante Maternelle : Mme _____ Tel : _____

Assistante Familiale : Mme _____ Tel : _____

Adresse _____

En cas de garde alternée, préciser qui est responsable

Semaine paire : père mère

Semaine impaire : père mère

Pour tout changement de situation en cours d'année,
veuillez le signaler aux Services de :
LA CAISSE DES ECOLES
Rue Jacques Bingen
62110 Hénin-Beaumont
03.21.74.91.91

PHOTOCOPIES (A JOINDRE A CE DOSSIER) :
- Copie de l'attestation Carte Vitale et de la Mutuelle
- Copie de l'Assurance Scolaire ou de responsabilité Civile
- Copie de la page des Vaccinations
- Copie Avis d'imposition 2017 sur les revenus année 2016
Sauf familles imposables >500€ ou extérieures
- Copie de la Notification d'aides au temps libre (Bon CAF)
LES DOSSIERS SONT A REMETTRE A LA CAISSE DES ECOLES

COORDONNEES DES PARENTS

<i>PERE</i>		<i>MERE</i>	
Nom :		Nom de jeune fille :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
N° Sécurité sociale :		N° Sécurité sociale :	
Profession :		Profession :	
Tél. du lieu de travail :		Tél. du lieu de travail :	

Organisme CAF : _____

N° Allocataire CAF : _____

Nom de l'assurance : _____

N° de contrat : _____

Nom de la mutuelle : _____

N° de contrat : _____

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____

ALLERGIES : oui non **MEDICAMENTEUSES :** oui non **ALIMENTAIRES :** oui non **PAI :** oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, (si automédication le signaler) **(joindre la photocopie du PAI pour signature)**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : _____

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.**

L'enfant a-t-il fait ces maladies ?

RUBÉOLE oui non

ANGINE oui non

OTITE oui non

VARICELLE oui non

COQUELUCHE oui non

ROUGEOLE oui non

OREILLONS oui non

SCARLATINE oui non

L'enfant porte-t-il ?

LUNETTES oui non PROTHESES AUDITIVES oui non PROTHESES DENTAIRES oui non

AUTORISATION PARENTALE POUR LES TRANSPORTS LORS DES CENTRES DU MERCREDI :

Si mon enfant est piéton :

Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre

Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre

Si mon enfant emprunte le bus

Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir de l'arrêt de bus

Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir de l'arrêt de bus

NOM ET TELEPHONE de la personne autorisée à venir chercher l'enfant :

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

Date :

Signature :