

Responsable 1 = Nom : Prénom :

Adresse :

ENFANT				
Nom :		Prénom :		Lieu de naissance :
Date de naissance :		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Ecole : <input type="checkbox"/> maternelle <input type="checkbox"/> Primaire
Classe :				
Transport scolaire (voir fiche pratique) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Accueil périscolaire matin (de 7 h 00 à 8 h 35) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Accueil périscolaire soir (de 16 h 45 à 19 h 00) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A partir du : <i>Compléter les cases par un R pour régulier ou O pour occasionnel</i>	A partir du mois de :	<input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel <i>« Le forfait retenu est applicable sur l'année scolaire »</i>	A partir du :	A partir du :
<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> a.midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> lundi	L'assurance de l'enfant est prise en charge par les PEP28. Je soussigné(e) sollicite l'inscription de mon enfant	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> a.midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> mardi		<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> a.midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> jeudi		<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> a.midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> vendredi		<input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/>
Arrêt * : <input type="checkbox"/> Digue <input type="checkbox"/> La croix <input type="checkbox"/> Ravin <input type="checkbox"/> La dalonne <input type="checkbox"/> Stade <input type="checkbox"/> Renardières <i>*Si plusieurs arrêts préciser :</i>	<input type="checkbox"/> Forfait <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours <input type="checkbox"/> occasionnel		<input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/>
Assurance responsabilité civile et individuelle accident obligatoire pour chaque enfant (à renouveler chaque année) : L'assurance est à souscrire dès la rentrée de l'école. Le justificatif sera remis au Directeur de l'école par les parents. <input type="checkbox"/> assurance personnelle : Préciser le cabinet et son adresse : (Remettre l'attestation au plus tard pour la rentrée scolaire).				
Autorisation de rentrer seul(e) au domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET CE QUELQUES SOIENT LES ACTIVITÉS

Nom resp 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom resp 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (ces informations peuvent être transmises, si vous le souhaitez, par pli cacheté)

Médecin de famille	Nom :	Prénom :	Téléphone :
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Méningite		
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ? Traitements en cours, précisez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'enfant a-t-il une allergie ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
A-t-il un P.A.I (modalités voir page 4) ? Si oui Date de validité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /		
A-t-il un traitement Particulier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'enfant présente-t-il un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez nous contacter pour étudier les dispositions à prendre)		
Responsable 1 = L'enfant porte-t-il des lunettes, des Adresse : lunettes, des prothèses auditives, etc...	Nom : Prénom : Adresse :		
ENFANT ...	Nom :	Prénom :	Lieu de naissance :

Date de naissance :					Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					Ecole : <input type="checkbox"/> maternelle <input type="checkbox"/> Primaire					Classe :									
Transport scolaire (voir fiche pratique) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					Accueil périscolaire matin (de 7 h 00 à 8 h 35) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					Accueil périscolaire soir (de 16 h 45 à 19 h 00) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
A partir du : <i>Compléter les cases par un R pour régulier ou O pour occasionnel</i>					A partir du mois de :					<input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel <i>« Le forfait retenu est applicable sur l'année scolaire »</i>					A partir du :					A partir du :				
<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> a.midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> a.midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> a.midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> a.midi <input type="checkbox"/> soir Arrêt * : <input type="checkbox"/> Digue <input type="checkbox"/> La croix <input type="checkbox"/> Ravin <input type="checkbox"/> La dalonne <input type="checkbox"/> Stade <input type="checkbox"/> Renardières <i>*Si plusieurs arrêts préciser :</i>					<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> Forfait <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/> régime alimentaire particulier (PAI, sans porc...), préciser :					<input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel <i>« Le forfait retenu est applicable sur l'année scolaire »</i> L'assurance de l'enfant est prise en charge par les PEP28. Je soussigné(e) sollicite l'inscription de mon enfant					<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Assurance responsabilité civile et individuelle accident obligatoire pour chaque enfant (à renouveler chaque année) : L'assurance est à souscrire dès la rentrée de l'école. Le justificatif sera remis au Directeur de l'école par les parents. <input type="checkbox"/> assurance personnelle : Préciser le cabinet et son adresse : (Remettre l'attestation au plus tard pour la rentrée scolaire).																								
Autorisation de rentrer seul(e) au domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																								

**PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE
ET CE QUELQUES SOIENT LES ACTIVITÉS**

Nom resp 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom resp 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (ces informations peuvent être transmises, si vous le souhaitez, par pli cacheté)

Médecin de famille	Nom :	Prénom :	Téléphone :
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Méningite		
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ? Traitements en cours, précisez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/>		
L'enfant a-t-il une allergie ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/>		
A-t-il un P.A.I (modalités voir page 4) ? Si oui Date de validité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
A-t-il un traitement Particulier ?	<input type="text"/>		
L'enfant présente-t-il un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez nous contacter pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc...	<input type="text"/>		