

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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi 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>					<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"/> <input type="checkbox"/>				
L'assurance de l'enfant est prise en charge par les PEP28. Je soussigné(e) sollicite l'inscription de mon enfant																								
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"/>		