

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....

Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE :

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (OBLIGATOIRE)

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

Date : Signature :

Date retour du dossier complet : /...../.....

Nom de l'agent :



ECOLE PRIMAIRE 2018/2019

Inscription école

(1ère inscription ou
nouvel habitant dans la Commune)

CLASSE à la rentrée :

Pièces à joindre au dossier

- Livret de famille
- Carnet de santé
- Attestation assurance de Responsabilité Civile et Individuelle Accident
- Certificat de radiation

Nom de l'enfant

NOM :

Prénom :

Né(e) le : À..... Age :

Si naissance multiple (indiquez le rang) :

1 2 3 4

Sexe : Masculin Féminin

COORDONNÉES FAMILLE

Nom – Prénom du Père :

Adresse : Ville :

Tél Fixe : Tél Portable :

E-mail : Responsable Légale de l'Enfant : OUI NON

Profession : Employeur :

Nom – Prénom de la Mère :

** Indiquez nom de jeune fille et épouse*

Adresse : Ville :

Tél Fixe : Tél Portable :

E-mail : Responsable Légale de l'Enfant : OUI NON

Profession : Employeur :

