

FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION SCOLAIRE 2023-2024

Renseignements concernant l'enfant

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance : Sexe : M F
Adresse :
Ville :
École concernée : Classe : (Pour les inscriptions en bilingue, merci de le préciser)
Frères/sœurs : Nom.....Prénom:.....Classe :
Nom.....Prénom.....Classe :
Nom.....Prénom.....Classe :

Accueil périscolaire (*) (garderie matin et soir)	oui	non
Restaurant scolaire (*)	oui	non
Transport Scolaire	oui	non

*Photo
obligatoire*

Réservé au service

Date de la demande :/...../.....

Responsables légaux

	Père, Mère, Tuteur, Famille d'accueil, Beau-Père, Belle-mère	Père, Mère, Tuteur, Famille d'accueil, Beau-Père, Belle-mère
Nom et prénom :		
Adresse domicile :		
Code postal et commune		
Téléphone fixe et portable		
Adresse e.mail :	@	@
Profession :		
Nom employeur :		
Lieu et téléphone travail		

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'enfant (autres que responsables légaux)

Statut (Nourrice, Amis)	Nom	Prénom	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

Assurance Scolaire.....N° d'assuré.

Régime Social

CPAM MSA autre (précisez) N° Allocataire CAF :

(*) Activités Périscolaires (Garderie et/ou Cantine)



L'inscription aux activités est à effectuer sur le portail famille accessible depuis
www.mairie-questembert.fr

Mode de paiement envisagé pour l'Accueil Périscolaire et/ou la cantine :

<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Carte Bancaire	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement (15 de chaque mois) (15 de chaque mois) Fournir un RIB au service périscolaire « Pomme d'api »
----------------------------------	---	---------------------------------	---

 En cas de problème de santé (allergie, diabète, asthme, épilepsie...), de régime spécifique, etc. veuillez impérativement l'indiquer sur la deuxième page (fiche sanitaire) ►

Signature(s) responsables légaux:

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

Nom : Prénom : Né le :

1. L'enfant suit-il un traitement médical : oui non Si oui, joindre une ordonnance récente
Détails sur le traitement :
.....
.....

2. L'enfant a-t-il eu les vaccins suivants ? (ou photocopie des « pages vaccinations » du carnet de santé)

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polio				Autres (préciser)	
Tétra-coq					
BCG					

 Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3. L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE Oui / Non	OTITE Oui / Non	VARICELLE Oui / Non	OREILLONS Oui / Non	ANGINE Oui / Non
ROUGEOLE Oui / Non	SCARLATINE Oui / Non	COQUELUCHE Oui / Non		

4. L'enfant est-il allergique*? oui non

Allergies : Alimentaire Médicamenteuse Autres
précisez :

*Si oui, un certificat d'allergologue sera obligatoire

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir:
.....
.....
.....

5. Autres problèmes de santé ?

Autres (épilepsie, hémophilie, diabète, asthme...) :

Précisez les précautions à prendre et la conduite à tenir (fournir un certificat médical ou un PAI Protocole d'Accueil Individualisé) :
.....
.....

Autres remarques :

IMPORTANT

Dans l'intérêt et le confort de l'enfant, il est recommandé aux familles de prendre contact avec le service scolaire et périscolaire (02 97 26 11 38) afin de déterminer le protocole à suivre en cas d'allergie alimentaire, d'intolérance ou problèmes de santé, et peut-être mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé). Aucun traitement et aucune adaptation ne seront mis en place sans une rencontre préalable entre les différents acteurs (Parents, École, Mairie, Médecin scolaire..)

Coordonnées du médecin traitant :

Mme et Mrresponsables légaux de l'enfant..... déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisent l'école et/ou l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires, suivant les prescriptions du médecin.

A, le

Signatures :