



**DOSSIER ADMINISTRATIF  
INSCRIPTION  
Année 2018-2019**

**Chaque dossier est à remettre en mairie, complété et signé, avant le 31 Juillet 2018**

**ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  F  M

Date de naissance : ...../...../..... Classe fréquentée à la rentrée : .....

Adresse principale : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :**

**Responsable 1 de l'enfant :**  Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Port : .....

Profession : .....

Nom, adresse et numéro de l'employeur : .....

N° allocataire CAF : .....

Assurance scolaire : ..... **(Merci de joindre obligatoirement une attestation)**

**Responsable 2 de l'enfant :**  Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Port : .....

Profession : .....

Nom, adresse et numéro de l'employeur : .....

N° allocataire CAF : .....

Assurance scolaire : .....

**Autres personnes à prévenir en cas de besoin (Nom, prénom et numéro de téléphone) :**

1/ .....

2/ .....

3/ .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON :**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ?       OUI       NON

Si oui, lequel ?..... **(Merci de joindre obligatoirement l'ordonnance)**

L'enfant est-il allergique ?       OUI       NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

.....

L'enfant rencontre-t-il des difficultés de santé ? (Maladie, accident, convulsions, hospitalisation, opération, rééducation etc...), préciser les précautions à prendre :

.....

.....

.....

**MERCI DE JOINDRE, DANS TOUS LES CAS, LA COPIE DU CARNET DE SANTE – VACCINATIONS**

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes (Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)       OUI       NON

Des lentilles       OUI       NON

Des prothèses auditives (Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)       OUI       NON

Des prothèses ou appareil dentaires (Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)       OUI       NON

Médecin de famille (Nom, Ville et Tél) : .....

.....

**Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant**

**J'autorise les responsables à photographier et filmer mon enfant individuellement ou en groupe dans le cadre de la restauration scolaire, la garderie et autorise l'organisateur à faire usage de ces productions photographiques et vidéographiques dans le cadre exclusif des diffusions de l'école et la mairie d'Ault.**

DATE : .....

SIGNATURE(S) :