



Merci de compléter ce bulletin recto-verso et de le rendre à la Mairie UNIQUEMENT si vous avez besoin de la garderie

MAIRIE de L'ARBRESLE
Service Scolaire
Place Pierre-Marie Durand
CS 90005
69592 L'ARBRESLE Cédex
04.74.71.49.65

3/ BULLETIN D'INSCRIPTION À LA GARDERIE

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Lieu de résidence : chez les 2 parents chez la mère chez le père Autres (préciser) : _____

Ecole à la rentrée 2018 : _____ Classe à la rentrée 2018 : _____

	<u>PÈRE</u>	<u>MÈRE</u>
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél fixe		
Tél portable		

Personne(s) autorisée(s) à accompagner l'enfant le matin et/ou récupérer l'enfant le soir :

Personne à joindre en cas d'urgence (autres que les parents) :

Nom	Prénom	N° Téléphone

L'INSCRIPTION A LA GARDERIE VAUT ACCEPTATION DU REGLEMENT APPLICABLE A COMPTER DE L'ANNEE SCOLAIRE 2018-2019 CI-JOINT.

Fait à _____, le ____/____/____/

Nom-Prénom et Signature (suivie de la mention « lu et approuvé »)

Merci de joindre les copies du carnet de vaccination de votre enfant



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

CEtte FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATÉS
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <th>OTITE</th> <th>ROUGEOLE</th> <th>OREILLONS</th>	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

Le soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____



MAIRIE de L'ARBRESLE
Service Scolaire
Place Pierre-Marie Durand
CS 90005
69592 L'ARBRESLE Cédex
04.74.71.49.65