

Je souhaite inscrire mon enfant aux activités suivantes:

Restaurant scolaire
Centre de loisirs 3-11 ans

Accueil périscolaire
Transport scolaire Château

ENFANT

Garçon

Fille

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Age :

Ecole fréquentée en 2024/2025 :

Classe :

Nom Enseignant (si connu) :

Type de repas : Traditionnel

Sans viande

PAI

Numéro de téléphone d'urgence

Représentants légaux :

Mère : Nom :

Tél :

Père : Nom :

Tél :

Mail :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisée à récupérer l'enfant (*hors repr. légaux*) et tél. :

Nom :

Tél :

Nom :

Tél :

FICHE MEDICALE

Vaccinations

Date du dernier rappel

BCG	
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	
Rougeole, Oreillons, Rubéole	
Infections à pneumocoque	
Hépatite	
Méningite	
Autre	

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical régulier?

Oui

Non

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

Variole

Varicelle

Scarlatine

Coqueluche

Otite

Rougeole

Oreillons

Angine

Allergies : Asthme

Médicamenteuse

Alimentaire

Autres

Conduite à tenir (*si automédication le signaler*)

Difficultés de santé, précautions à prendre

Nom du médecin traitant :

Tél:

Responsable de l'enfant

Je soussigné

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

Date:

Signature: