**Année scolaire :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

  FICHE INDIVIDUELLE D’INSCRIPTION

Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

à (commune) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(département) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fréquentant la classe de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’enfant 🞎 ira à la garderie (matin – soir)

 🞎 mangera au restaurant scolaire

 🞎 utilisera le transport scolaire

|  |  |
| --- | --- |
| PERE :Nom : ………………………………………..Prénom : …………………………………….Né le : ……………………………………….Situation familiale :marié – vie maritale - divorcé - séparé - veufAutorité parentale : oui - nonN° : ….. rue …………………………………Commune : ………………………………….Tél domicile : ……………………………….Portable : ……………………………………Profession : ………………………………….Lieu : ………………………………………..Tél professionnel : ………………………….E-mail : Accepte les circulaires par mail : oui - nonSignature :  | MERE :Nom : ………………………………………..Nom de jeune fille : …………………………Prénom : …………………………………….Née le : ……………………………………..mariée-vie maritale-divorcée-séparée-veuveAutorité parentale : oui - nonCompléter ci-dessous si différent :N° : ….. rue …………………………………Commune : ………………………………….Tél domicile : ……………………………….Portable : ……………………………………Profession : ………………………………….Lieu : ………………………………………..Tél professionnel : ………………………….E-mail :Accepte les circulaires par mail : oui - nonSignature :  |

TSVP ⇨

**Autres numéros de téléphone à joindre en cas de besoin** (grands-parents, nourrice …) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(entourez le numéro à joindre en priorité)

Liste des vaccinations (DT Polio) avec leurs dates :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médecin de famille : Docteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu d’hospitalisation en cas d’urgence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contre-indications médicales ou observations éventuelles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_