

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## 2020 / 2021

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../..... A .....

Adresse de l'enfant : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Classe fréquentée pour l'année scolaire 2020/2021 : .....

École fréquentée pour l'année scolaire 2020/2021 : .....

Mozart  Silbermann  Brant  Ferry

#### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Père  Mère  Tuteur  Famille d'accueil

Nom de famille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP et Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

N° Professionnel : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Régime : Général  MSA  Autres

N° d'allocataire : .....

#### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Père  Mère  Tuteur  Famille d'accueil

Nom de famille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP et Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

N° Professionnel : .....

N° Sécurité Sociale : .....

E-mail : .....

**IMPORTANT POUR LA FACTURATION**

Situation familiale : Marié(e)  Divorcé(e)  Pacs  Célibataire  Vie maritale  Séparé(e)

Autres enfants

Noms, prénoms, date de naissance .....

.....

.....

#### A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

#### PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT (si différent des représentants légaux)

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## VACCINATIONS

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT POLIO		ROR	
COQUELUCHE		Haemophilus influenzae B	
HEPATITE B		BCG	
MENINGITE		Autres	

Joindre les photocopies des pages réservées aux vaccins

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement ? 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 MEDICAMENT NE SERA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Cochez les cases correspondantes

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

• A-t-il un régime alimentaire particulier ? Sans porc  Végétarien  Autres  .....

• Allergies : Aucunes  Asthme  Médicamenteuses  Alimentaires  Autres  .....  
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler et joindre un certificat médical)

• Difficultés de Santé : Aucunes

Maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre.

• Recommandations utiles des parents : Aucunes

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... Précisez

• Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : Non  Oui  Préciser les causes (Troubles, Asthme, etc.) .....

Si oui, joindre impérativement le P.A.I. et prendre un rendez-vous avec le référent de l'accueil.

• Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : .....

## AUTORISATION

• J'autorise le responsable de l'accueil à utiliser l'image et la voix de mes enfants :

- dans le cadre de publications sur notre page Facebook : Oui  Non

- dans le cadre de reportages, articles de presse et expositions en nos locaux : Oui  Non

• Je soussigné (e), .....responsable légal de .....,  
autorise le personnel d'accueil à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'intervention chirurgicale pour mon enfant cité ci-dessus.

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements indiqués et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à .....le : .....

Signature des parents avec la mention « Lu et approuvé »

**PIECES A JOINDRE** : Copie des vaccins  Attestation d'assurance  Copie de l'attestation du quotient familial

**MARCKOLSHEIM ACCUEIL DU MATIN**  
**De 7h00 à 8h15**



**CONTRAT D'ACCUEIL**

Ce contrat est établi entre

D'une part,  
Monsieur/Madame/Mademoiselle .....  
Demeurant à .....  
Et  
Monsieur/Madame/Mademoiselle .....  
Demeurant à .....  
Parent de .....Né(e) le .....

D'autre part,  
  
Marckolsheim Accueil du Matin

**ACCUEIL DE L'ENFANT**

Type d'accueil :  Régulier  Occasionnel  Sur planning

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN				

*Semaine A*

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN				

*Semaine B (si différente de A)*

Période du contrat Du (premier jour d'accueil) ..... Au .....

**INFORMATIONS GENERALES**

Si l'accueil est sur planning ou en occasionnel, informer du besoin, par mail au plus tôt (ou avant le jeudi de la semaine précédente)

Toute absence de l'enfant doit être signalée le jour même au responsable de la structure, qu'elle qu'en soit la raison.

- Absence pour raison médicale, la première journée d'absence est facturée. Le deuxième jour d'absence ne sera pas facturé si un certificat médical est fourni.
- Absence de l'enseignante le jour même, la journée est facturée
- Toute autre absence (sortie de classe, grève de l'enseignant, raison personnelle) doit être signalé au plus tard la veille avant 8h (par mail ou téléphone) pour que la journée ne soit pas facturée
- Attention : L'école ne nous prévient pas directement en cas d'absence de l'enfant, c'est donc aux parents de prévenir en temps et lieu.

Les soussignés s'engagent à respecter les clauses du contrat.

Date et signature du (des) parent(s)

Marckolsheim accueil du matin.

