

**FICHE D'INSCRIPTION FAMILIALE****PARENTS :**

Situation familiale :	<b>PERE</b>	<b>MERE</b>
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
N° Téléphone Domicile :		
/ Adresse email :		
N° Téléphone Portable :		

Profession :		
Employeur – Nom et Adresse :		
N° Téléphone professionnel :		

Bénéficiaire de prestations ?	<b>C.A.F.</b>	<b>M.S.A</b>
N° Allocataire :		

**ENFANTS (Inscrits) :**

	<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			

**PERSONNES AUTORISEES A :**

<b>NOM / PRENOM</b>	<b>VENIR CHERCHER VOS ENFANTS</b>	<b>PREVENIR EN CAS D'URGENCE</b>	<b>TELEPHONE</b>

**FICHE  
SANITAIRE  
DE  
LIAISON**

ENFANT : Garçon

Fille

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

**1- VACCINATIONS :**

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

♦ **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

	Oui	Non
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

♦ **L'enfant suit-il un traitement médical ?** **Non***\*joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants*♦ **ALLERGIES**

	Oui	Non
Asthme		
Alimentaire		
Médicamenteuse		
Autres*		

*\*Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)***3- INDIQUEZ CI-APRES :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à

**4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

DATE :

SIGNATURE DES PARENTS :