



FICHE D'INSCRIPTION



Date d'inscription.....

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom:.....
Prénom:.....
Date de naissance:.....
Adresse:.....
CP + Ville:.....

Téléphone fixe:.....
Portable parent 1 :.....
Portable parent 2 :.....
Tel du beau-parent de l'enfant:.....
Mail:.....

IDENTITE DE LA FAMILLE (Fournir une copie du livret de famille)

PARENT 1 :

Nom:.....
Prénom:.....
Date de naissance:.....
Adresse:.....
.....
Profession:.....
Employeur:.....
Téléphone:.....
Situation matrimoniale*: mariée, séparée,
divorcée, pacsée, célibataire, vie maritale,
veuve.

PARENT 2 :

Nom:.....
Prénom:.....
Date de naissance:.....
Adresse:.....
.....
Profession:.....
Employeur:.....
Téléphone:.....
Situation matrimoniale*: marié, séparé, divorcé,
pacsé, célibataire, vie maritale, veuf.

** entourer la mention qui convient*

En cas de divorce ou séparation: avec qui l'enfant vit-il? (nom d'un des 2 parents+ du beau-parent s'il y a lieu).....

Y-a-t-il une garde alternée? ρ oui ρ non

Le/les Responsable(s) légal(aux) (ayant l'autorité parentale):.....

(Si un seul responsable légal: fournir une copie du jugement pour la garde de l'enfant)

FRERES & SOEURS:

Nom:	Prénom:	Date de naissance:
1.....	1.....	1.....
2.....	2.....	2.....
3.....	3.....	3.....
4.....	4.....	4.....

REGIME DE L'ALLOCATAIRE

r C.A.F: Nom de l'allocataire:..... N° d'allocataire:.....
r M.S.A: Nom de l'allocataire:..... N° d'allocataire:.....
r Autres (à préciser):.....

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Vaccinations obligatoires:

Vaccinations conseillées:

Vaccins	Injection/Rappel	Dates
DTPolio:	1 ^{ère} injection
	2 ^{nde} injection
	Rappel (11mois):

Vaccins	Injection	Dates
ROR:	1 ^{ère} injection
	2 ^{nde} injection

Ä Si votre enfant n'est pas vacciné (DTP), nous fournir un certificat de contre-indication conforme signé de votre médecin.

Recevez-vous l'AEEH? Pour l'enfant ci-dessus ρ pour un autre enfant ρ
(cette aide donne droit à une réduction sur votre tarif horaire)

Renseignements particuliers **pour accueillir et comprendre au mieux votre enfant** (allergies, régime alimentaire, hospitalisation, troubles ou retard du développement, difficulté à la naissance, prématurité etc...):

Votre enfant a-t-il déjà eu la varicelle, si oui à quel âge?.....

Nom et téléphone de son médecin traitant:.....

Information(s) particulière(s) que vous souhaitez nous transmettre?.....

⊗ Quelle(s) personne(s) autorisez-vous à venir récupérer votre enfant si vous (parents) êtes indisponibles (amis, beau-parents, grands-parents, assistante maternelle...) un nom doit au minimum être noté.

Une pièce d'identité devra nous être présentée.

Nom - Prénom:	Parenté:	Ville:	Téléphone:
1.....	*
2.....	*
3.....	*
4.....	*

A,
le.....

Signature(s)