

Dossier d'inscription du Joudry
Année Scolaire 2024/2025

Nom de l'enfant :		Prénom :	
Date & Lieu de naissance :		À	
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>		Classe (en Sept. 2024) :	
Responsables légaux <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Tuteurs <input type="checkbox"/>			
		Père (ou tuteur)	
		Mère (ou tutrice)	
Nom & Prénom			
Adresse			
Code postal			
Ville			
☎ Domicile			
📞 Portable			
Profession			
Employeur			
@ Adresse mail			

AUTORITE PARENTALE		
Chacun des responsables légaux exercent la même autorité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Facturation :		
<input type="checkbox"/> Les deux parents (adresse identique)		
<input type="checkbox"/> Un seul parent (merci de préciser lequel) :		
<input type="checkbox"/> Semaine paire : Semaine impaire :		
Pour chaque situation particulière, nous indiquer expressément la conduite à tenir :		

AUTORISATIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES SERVICES MUNICIPALS		
Autorisons la direction à transporter notre enfant dans le véhicule d'un transporteur mandaté par le SIRIS	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorisons la direction à présenter notre enfant à un médecin en cas de nécessité, et à faire pratiquer les interventions chirurgicales et anesthésiques d'urgence	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorisons la prise de photos de mon enfant, ainsi que la publication et la diffusion gratuite des photos dans le bulletin municipal et le site internet de la ville	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

RESTAURANT SCOLAIRE						
Veuillez préciser les jours où votre enfant fréquentera la cantine.						
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Planning	Occasionnel
Jour(s) d'inscription						
CHOIX DU CALENDRIER						
Présence dès le 1 ^{er} jour de restauration (soit le 2 Septembre) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>						
Date souhaitée si la présence n'est pas au 1 ^{er} jour de restauration :						
Votre enfant est-il allergique à certains aliments OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>						
Si oui, préciser la liste et <u>fournir un certificat médical</u> :						

GARDERIE PERISCOLAIRE					
Jour(s) d'inscription					
Merci de renseigner les jours d'accueil					
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
Matin 7h à 8h50					
Soir 16h30 à 18h30					
Présence à la garderie le jour de la rentrée (soit le 2 Septembre) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT			
Nom & Prénom			
Lien avec l'enfant			
Téléphone Domicile			
Téléphone Travail			
Portable			

Je soussigné(e), Madame, Monsieur....., certifie les informations fournies exactes et déclare accepter les règlements intérieurs du restaurant scolaire et de la garderie périscolaire (téléchargeables sur le site internet des mairies et disponibles au SIRIS)

Fait à

Le / /

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

1 – VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	Date	VACCINS OBLIGATOIRES	Date
D-T-P		Haemophilus influenzae B	
Hépatite B		Coqueluche	
Pneumocoque			
Méningocoque C			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
 Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non
 Préciser :

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES ASTHME Oui Non
 MÉDICAMENTEUSES Oui Non
 ALIMENTAIRES Oui Non
 AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours Oui Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

MERCI D'INDIQUER LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom & Prénom		
Lien avec l'enfant		
Téléphone domicile		
Téléphone Travail		
Portable		

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : / /

Signature :