



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2018/2019



Document valable du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019

**TOUS LES CHAMPS DOIVENT ETRE IMPERATIVEMENT RENSEIGNES**

## ENFANT A INSCRIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....A .....

Sexe : Masculin  – Féminin

Classe fréquentée pour l'année scolaire 2018/2019 : .....

École fréquentée pour l'année scolaire 2018/2019 :

MARIENTHAL  MUSAU  LES PINS  LES ROSES

SAINT GEORGES  SAINT NICOLAS  VIEILLE ILE

### REONSABLE L'EGAL DE L'ENFANT

Père  – Mère  – Tuteur  – Famille d'accueil

Nom d'usage : .....

Nom de famille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP et Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

Mail : .....@.....

Profession : .....

Employeur : .....

N° Sécurité Sociale : .....

### REONSABLE L'EGAL DE L'ENFANT

Père  – Mère  – Tuteur  – Famille d'accueil

Nom d'usage : .....

Nom de famille : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

CP et Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

Mail : .....@.....

Profession : .....

Employeur : .....

N° Sécurité Sociale : .....

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

**OBLIGATOIRE** : N° allocataire CAF ou MSA .....

### A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM	PRENOM	N° TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

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

NOM	PRENOM	N° TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ	MAJEUR	MINEUR

**PIECES A JOINDRE** :  Copie des Vaccins  Copie de l'Attestation d'Assurance  Attestation CAF de moins de 3 mois

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ SEXE :  Féminin  Masculin  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT polio		ROR	
Coqueluche		Haemophilus influenzae B	
Hépatite B		(recommandés) BCG	
Méningite		Autres	

Joindre les photocopies des pages réservées aux vaccins

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- L'enfant suit-il un traitement ?  Oui  Non

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

- A-t-il un interdit alimentaire particulier ?  Oui  Non

Veillez préciser.....

- Allergies :  Aucunes  
 Médicamenteuses  Alimentaires  Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

- 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.) :  Oui  Non

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

## AUTORISATION

J'autorise le CSC Robert Schuman à utiliser l'image et la voix de mes enfants :

- dans le cadre de publications sur notre page internet ou Facebook :  Oui  Non
- dans le cadre de reportages, articles de presse et expositions en nos locaux :  Oui  Non
- à consulter mon quotient familial sur CAF PRO :  Oui  Non

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je, soussigné(e),.....responsable légal de ....., autorise le directeur de l'A.C.M. organisé par le CSC Robert Schuman Haguenau à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'intervention chirurgicale pour mon enfant cité ci-dessus.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et m'engage à signaler tout changement (situation professionnelle, familiale) au CSC Robert Schuman.

Il est rappelé que l'usager qui emploie un faux nom ou un faux état civil dans un acte public ou un document administratif destiné à l'autorité publique, qui produit une attestation ou un certificat falsifié, encourt les peines prévues aux articles L.433-19 et L.441-7 du code pénal.

Haguenau, le .....

Signature des parents avec la mention

« Lu et approuvé »