

Insérer une photo récente



Fiche enfant

Réservé à l'administration

Code famille _____

Année scolaire _____



Identité de l'enfant

Nom..... Prénom.....

Date de naissance..... Sexe : M F

Lieu de naissance..... Dept/Pays :

Adresse.....

Enfant déjà scolarisé : Oui Non

Si oui, dans quelle école..... classe.....

Responsables de l'enfant

PARENT/REPRÉSENTANT ①

M. / Mme

Prénom.....

Adresse.....

Tél. fixe :

Tél. Portable.....

Mail.....

Lien de parenté avec l'enfant :

Père Mère Tuteur légal

Autre :

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve)

Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e)

Garde alternée : OUI NON

Si oui, semaine : Paire Impaire

PARENT/REPRÉSENTANT ②

M. / Mme

Prénom.....

Adresse.....

Tél. fixe :

Tél. Portable.....

Mail.....

Lien de parenté avec l'enfant :

Père Mère Tuteur légal

Autre :

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve)

Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e)

Garde alternée : OUI NON

Si oui, semaine : Paire Impaire

AUTRE(S) PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À REPRENDRE L'ENFANT

Personnes majeures autorisées à prendre en charge l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence.

M. / Mme

Prénom.....

Tél. :

Lien de parenté.....

M. / Mme

Prénom.....

Tél. :

Lien de parenté.....

Médecin traitant..... Tél.....

Allergie(s) alimentaire(s) : oui non - Si oui préciser.....

Allergie(s) médicamenteuse(s) : oui non - Si oui préciser.....

Autre(s) allergie(s) (pollen, acarien, animal) : oui non - Si oui préciser.....

BESOINS PARTICULIERS :

Votre enfant bénéficie-t-il d'une AVS oui non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une AESH oui non
(si oui, merci de joindre la notification MDPH)

Votre enfant a-t-il besoin d'être accompagné
lors des services périscolaires ou extrascolaires oui non

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

Rubéole oui non Varicelle oui non Angine oui non

Coqueluche oui non Otite oui non Rougeole oui non

Oreillons oui non Scarlatine..... oui non Rhumatisme articulaire aigu oui non

L'enfant porte-t-il des : Lunettes Lentilles Prothèses auditives Prothèses dentaires

L'enfant a-t-il une maladie, un besoin particulier ? (prise de médicaments, accompagnement spécifique...)

Lors de l'inscription, le représentant légal devra signaler toute situation particulière de l'enfant (problème de santé, allergie, situation familiale problématique...). Un temps d'échange avec le coordinateur permettra de fixer les modalités d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) et les conditions d'accueil.

RÉGIME ALIMENTAIRE Aucun Sans viande Sans porc Panier repas (*)

(*) Dans le cadre de la mise en place d'un protocole d'accueil individualisé (PAI)

Autorisations

Autorisez-vous votre enfant de plus de 6 ans à quitter seul l'établissement à l'issue de l'accueil du soir, du mercredi ou de loisirs ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant peut-il participer aux activités / sorties proposées par la ville de Douai (piscine, visite...)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisez-vous la prise de vue / de vidéo de votre enfant ainsi que leurs publication et diffusion sur les supports de la ville de Douai ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisez-vous le responsable de l'activité à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie) ? Si oui , lieu de préférence pour une hospitalisation : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON