



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE
ANNÉE SCOLAIRE 2016 - 2017

NOM DE L'ENFANT: **Sexe :** F ou M ; **Groupe sanguin :**

PRENOM : **Date et lieu de naissance:**.....

Adresse:.....

N° CAF :.....

Médecin traitant :

NOM et Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Nom de l'Hôpital :

Numéro de téléphone :

Personne à prévenir en cas d'accident entre 12h et 13h20

Père	Mère	Autre Personne
		A prévenir en cas d'urgence

Situation des parents
(entourez votre situation)

- Mariés, pacsés ou concubins - Divorcés-séparés- - célibataires - - veuf ou veuve -

Nom	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....
Adresse	.....	.....	.....
Code postal et commune	.....	.....	.....
N° de Tél domicile	.....	.....	.....
N° de portable	.....	.....	.....
E-mail	.....	.....	.....
N° de tél Travail	.....	.....	.....
Profession	.....	.....	.....
Lieu	.....	.....	.....

TOUT CHANGEMENT DE SITUATION OU DE TÉLÉPHONE DOIT ETRE IMMÉDIATEMENT SIGNALÉ.

Allergies ou dispositions :

Allergies	oui	non	Conduite à tenir
Asthme			
Médicamenteuses			
Alimentaires			
Autres allergies, régime alimentaire (précisez) :			

Informations médicales :

Vaccins obligatoires	oui	non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphthérite				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Entourez les maladies que votre enfant a déjà eu dans la liste ci dessous:

Rubéole Coqueluche Varicelle Otite Angine Rougeole Rhumatisme articulaire aigu Oreillons Scarlatine

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui non

Si oui 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Un PAI (Un Projet d'Accueil individualisé est établi lorsque la scolarité d'un élève nécessite un aménagement : traitement médical...) est il mis en place à l'école? Oui Non

Si oui, merci d'en faire une copie et le joindre à ce dossier.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

DATE ET SIGNATURE :