

# FICHE D'INSCRIPTION

Les Sapotilles

67, rue Albert CAMUS - Place d'Armes - 97232 LAMENTIN

PHOTO

## VOTRE ENFANT

NOM : .....  
 Prénom : ..... Sexe : M - F \*  
 Né(e) le : ..... À .....  
 Nationalité : .....

## PERSONNE(S) LEGALEMENT RESPONSABLE

Père et Mère  père seul  mère seule  tuteur  
 NOM : Mr et/ou Mme.....  
 Prénom(s) : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Père : .....  
 Profession : .....  
 Tél. : .....  
 Mère : .....  
 Profession : .....  
 Tél. : .....

AUTRES PERSONNES A CONTACTER (famille, amis)  
 Nom - Prénom et n° de téléphone :

Noms & Prénoms	Téléphone

Caisse de Sécurité Sociale de

N° d'adhérent : .....  
 CAF de

N° d'allocataire : .....

Mutuelle (nom et adresse) :

N° mutualiste : .....

Assurance couvrant l'enfant à l'école  
 (nom et lieu d'affiliation) :

ECOLE FREQUENTEE

CLASSE

Médecin traitant :

Tel. :

## FICHE DE LIAISON DE L'ENFANT

	Type de vaccin	Dates	Dates Rappel
1- Vaccins DT polio /DT cop Tétracoq			
BCG (antituberculeuse)			
ROR.....			

Voir carnet de santé svp

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

Entourez la réponse svp

## 2- Renseignements médicaux \*

Votre enfant a-t-il déjà eu :

Rubéole	Oui	Non	Coqueluche	Oui	Non
Varicelle	Oui	Non	Rougeole	Oui	Non
Angine	Oui	Non	Oreillons	Oui	Non
Rhumatismes	Oui	Non	Scarlatine	Oui	Non
Otitites	Oui	Non			

## 3- Difficultés de santé à signaler :

Nature (allergies, asthme, diabète ...) et traitements

**Si l'enfant suit un traitement particulier, joindre  
 obligatoirement une ordonnance avec les médicaments**

Votre enfant porte t-il des lunettes ? :  Oui  Non

Votre enfant est-il sujet à des crises d'Asthme ?  Oui  Non

Si oui sait-il qu'il faut faire ?  Oui  Non

Interventions chirurgicales subies :

Nature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transports  
 afin de participer aux activités extérieures au centre (pique-  
 niques, sorties ...)*

*J'autorise la responsable du centre d'accueil à prendre toutes  
 mesures médicales reconnues nécessaires pour mon enfant (soins  
 de 1ère urgence, transport par le SAMU ou les pompiers à  
 l'hôpital ou la clinique, le ou la plus proche...).*

*La famille sera avertie par nos soins,*

*Je déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions  
 générales de fonctionnement.*

Fait au \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :