



FICHE D INSCRIPTION ALAE

ANNEE SCOLAIRE 2018 - 2019

ENFANT

NOM **PRENOM**

SEXE M F

DATE DE NAISSANCE / /

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

RESPONSABLES LEGAUX

MERE NOM de jeune fille Autorité parentale oui non

Nom d'usage Prénom

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TELEPHONE DOMICILE TELEPHONE PORTABLE

Profession TELEPHONE TRAVAIL

PERE NOM Autorité parentale oui non

Prénom

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TELEPHONE DOMICILE TELEPHONE PORTABLE

Profession TELEPHONE TRAVAIL

AUTRE RESPONSABLE LEGAL Autorité parentale oui non

(personne physique ou morale)

ORGANISME FONCTION

NOM LIEN AVEC L'ENFANT

PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TELEPHONE DOMICILE TELEPHONE PORTABLE

AUTRES RENSEIGNEMENTS administratifs

N° de Sécurité Sociale Centre de sécurité sociale
(dont relève l'enfant)

CAF N°ALLOCATAIRE REGIME GENERAL
QUOTIENT FAMILIAL MSA
(responsable légal) AUTRE

MUTUELLE (joindre attestation)

EN CAS D'URGENCE

MEDECIN TRAITANT NOM TELEPHONE

LIEU D'HOSPITALISATION SOUHAITE HOPITAL
CMC

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE OUI
NON

Allergies / PAI existant (remplir fiche sanitaire jointe) OUI
NON

AUTRES

Autorisation de filmer / photographier l'enfant OUI
NON

Autorisation transport en véhicule OUI
NON



Sansac de Marmesse

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE SCOLAIRE 2017 -2018

ENFANT

NOM **PRENOM**

SEXE M F

DATE DE NAISSANCE / /

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES ET EVITE DE VOUS DEMUNIR DE VOTRE CARNET DE SANTE

VACINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (péciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prénavar					

Si l'enfant n'a pas de vaccin obligatoire, joindre un certificat de contre-indication (attention: le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? OUI
NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs emballages d'origine, marqués au nom de l'enfant)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

RUBEOLE	OUI		NON	
VARICELLE	OUI		NON	
ANGINE	OUI		NON	
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI		NON	
SCARLATINE	OUI		NON	
COQUELUCHE	OUI		NON	
OTITE	OUI		NON	
ROUGEOLE	OUI		NON	
OREILLONS	OUI		NON	

ALLERGIES

ASTHME	OUI		NON	
ALIMENTAIRES	OUI		NON	
MEDICAMENTEUSES	OUI		NON	
AUTRES :	OUI		NON	

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....
.....

AUTRES

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATIONS) EN PRECISANT LES DATES ET PRECAUTIONS A PRENDRE)

.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (PORT DE LENTILLES, LUNETTES, PROTHESES AUDITIVES OU DENTAIRE, ETC...)

.....
.....

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

DATE:/...../

SIGNATURE: