



FICHE D'INSCRIPTION 2015-2016

IMPOTS :
A < 500.00
B > 500.00
D Exterieur

- CANTINE
- GARDERIE
- MERCREDI
- CLUBS VACANCES
- CENTRE DE LOISIRS
- ETUDE

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Né(e) le : _____ Lieu de Naissance : _____ Age : _____

Ecole : _____ Maternelle Primaire collège

FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Monsieur Madame

Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Vie maritale Séparé(e) Veuf Pacsé

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. Domicile : _____ Tél. portable : _____

Adresse internet :

Allergie(s): __ non __ oui (Préciser la nature au verso)

Acceptez vous que votre enfant soit pris en photo ou filmé : non oui

Assistante Maternelle : Mme _____ Tel : _____

Adresse _____

PHOTOCOPIES (A JOINDRE A CE DOSSIER) :

- Copie de l'attestation Carte Vitale et de la Mutuelle
- Copie de l'Assurance Scolaire ou de responsabilité Civile
- Copie de la page des Vaccinations
- Copie Avis d'imposition 2015 sur les revenus année 2014
Sauf familles imposables >500€ou extérieures
- Copie de la Notification d'aides au temps libre (Bon CAF)

Pour tout changement de situation en cours d'année,
veuillez le signaler au Service des
AFFAIRES SCOLAIRES - CAISSE DES ECOLES
Espace Lumière 3^{ème} étage Rue Elie Gruyelle
62110 HENIN-BEAUMONT
TEL : 03 21 74 91 91 FAX : 03 21 76 45 88
caissedesecoles@mairie-heninbeaumont.fr

COORDONNEES DES PARENTS

<u>PERE</u>		<u>MERE</u>	
Nom :		Nom de jeune fille :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
N° Sécurité sociale :		N° Sécurité sociale :	
Profession :		Profession :	
Tél. du lieu de travail :		Tél. du lieu de travail :	

Organisme CAF : _____

N° Allocataire CAF : _____

Nom de l'assurance : _____

N° de contrat : _____

Nom de la mutuelle : _____

N° de contrat : _____

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____

ALLERGIES : oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non **ALIMENTAIRES** oui non
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, (si automédication le signaler)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : _____

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.***

L'enfant a-t-il fait ces maladies ?

RUBÉOLE oui non
 VARICELLE oui non
 OREILLONS oui non

ANGINE oui non
 COQUELUCHE oui non
 SCARLATINE oui non

OTITE oui non
 ROUGEOLE oui non

L'enfant porte-t-il ?

LUNETTES oui non PROTHESES AUDITIVES oui non PROTHESES DENTAIRES oui non

AUTORISATION PARENTALE POUR LES TRANSPORTS LORS DES CENTRES DE LOISIRS :

Si mon enfant est piéton :

Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre

Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre

Si mon enfant emprunte le bus :

Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir de l'arrêt de bus

Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir de l'arrêt de bus

NOM ET TELEPHONE de la personne autorisée à venir chercher l'enfant : _____

**Je soussigné(e),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 :

Signature :