



# FICHE RENSEIGNEMENTS INSCRIPTIONS SCOLAIRES

<b><u>VOTRE ENFANT</u></b>	<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille
NOM* : .....	Prénom* : .....	
Date de Naissance* : ...../...../.....		
Classe fréquentée à la rentrée 2023-2024 : .....		

## RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation familiale

Célibataire     Marié     Divorcé     Concubinage     Pacsé

<b><u>PARENT 1</u></b>	Payeur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres : .....	
Civilité* : .....	
NOM* : .....	
Prénom* : .....	
Date de naissance* : ...../...../.....	
Adresse postale* : .....	
.....	
Portable* : .....	
Mail* : .....	
.....	
Profession : .....	
Employeur : .....	
Téléphone Pro : .....	

<b><u>PARENT 2</u></b>	Payeur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres : .....	
Civilité* : .....	
NOM* : .....	
Prénom* : .....	
Date de naissance* : ...../...../.....	
Adresse postale* : .....	
.....	
Portable* : .....	
Mail* : .....	
.....	
Profession : .....	
Employeur : .....	
Téléphone Pro : .....	

Indiquer toutes informations utiles en termes d'autorité parentale (droit de garde) et fournir le jugement mentionnant la garde :

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

## MÉDICAL

Médecin traitant de l'enfant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Varicelle  ...../...../...    Angine  ...../...../.....    Otite  ...../...../.....    Scarlatine  ...../...../...

Rougeole  ...../...../.....    Oreillons  ...../...../.....    Rubéole  ...../...../.....

Allergies :    Asthme

                  Alimentaire  précisez : .....

                  Médicamenteuse  précisez : .....

## DOCUMENTS A FOURNIR

**Copie du livret de famille** : page des parents et de l'enfant concerné

**Justificatif de domicile**

**Carnet de vaccination à jour (voir annexe ci-dessous)** avec indication des noms et prénoms en haut des pages

Certificat de radiation de l'école précédente (lorsque l'enfant était déjà scolarisé uniquement)

Je soussigné(e) .....représentant légal de l'enfant cité ci-dessus, atteste que ces informations sont exactes.

Signature

## ANNEXE

OBLIGATOIRE	Nom des vaccins	Maladie	Dates
	PREVENAR 13	Pneumocoques	2mois - 4mois - 11mois
	HEXION	DT Polio - Coqueluche - Haemophyllus - Hépatite B	2mois - 4mois - 11mois
	INFANRIX Hexa	DT Polio - Coqueluche - Haemophyllus - Hépatite B	2mois - 4mois - 11mois
	MMR	ROR	12mois - 16mois
	PRIORIX	ROR	12mois - 16mois
	NEISVAC	Méningocoque C	5mois - 12mois
	PENTAVAC	DT Polio - Coqueluche - Haemophyllus	2mois 4 mois - 11 mois
	INFANRIX Quinta	DT Polio - Coqueluche - Haemophyllus	
	REPEVAX	DT Polio - Coqueluche	
	BOOSTRIX TETRA	DT Polio - Coqueluche	
	INFANRIX Tetra	DT Polio - Coqueluche	
	TATRAVAC	DT Polio - Coqueluche	
	REVAXIS	DT Polio	