

## FICHE RENSEIGNEMENTS INSCRIPTION SCOLAIRE

### VOTRE ENFANT

 Garçon

 Fille

NOM\* : ..... Prénom\* : .....

Date de Naissance\* : ...../...../.....

Classe fréquentée à la rentrée 2023-2024 : .....

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation familiale

 Célibataire

 Marié

 Divorcé

 Concubinage

 Pacsé

### PARENT 1

Payeur  OUI  NON

Mère  Père  Autres : .....

Civilité\* : .....

NOM\* : .....

Prénom\* : .....

Date de naissance\* : ...../...../.....

Adresse postale\* : .....

.....

Portable\* : .....

Mail\* : .....

.....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone Pro : .....

### PARENT 2

Payeur  OUI  NON

Mère  Père  Autres : .....

Civilité\* : .....

NOM\* : .....

Prénom\* : .....

Date de naissance\* : ...../...../.....

Adresse postale\* : .....

.....

Portable\* : .....

Mail\* : .....

.....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone Pro : .....

\* Renseignements obligatoires

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 À FOURNIR

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

Justificatif de domicile

Carnet de vaccination à jour 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.

Signatures :

## 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	