

## Inscription scolaire

Niveau de l'enfant à la rentrée (ex : petite section, CP, CE1...) :

Pour les enfants entrant en TPS/PS, préciser le mode d'accueil précédent :

collectif  
(crèche, halte-garderie)

individuel  
(ass.maternelle, babysitter...)

familial

## Etat civil de l'enfant

Nom : Prénom : Sexe : F M

Né(e) le : Lieu de naissance :  
(commune + département)

Adresse de l'enfant :

## Responsables légaux de l'enfant (choisir le payeur principal)

### PARENT - RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom :  
Nom marital :  
(nom d'usage)  
Prénom :  
Adresse :  
(si différente de celle de l'enfant)

Tél. domicile :

Tél. portable :  
(obligatoire)

E-mail :

Profession :  
(facultatif)  
Tél. travail :  
(facultatif)

Autorité parentale : oui non  
Payeur principal : oui non

### PARENT - RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom :  
Nom marital :  
(nom d'usage)  
Prénom :  
Adresse :  
(si différente de celle de l'enfant)

Tél. domicile :

Tél. portable :  
(obligatoire)

E-mail :

Profession :  
(facultatif)  
Tél. travail :  
(facultatif)

Autorité parentale : oui non  
Payeur principal : oui non

→ Pour toute situation particulière en matière de garde d'enfant, fournir le document officiel mentionnant les termes de celle-ci. A défaut de jugement, fournir une attestation co-signée par les deux responsables de l'enfant, en précisant le calendrier de garde pour l'année jusqu'au 31/08/2025.

## Autre responsable de l'enfant (foyer, famille d'accueil,...)

Nom : Prénom :  
Autorité parentale : oui non Payeur principal : oui non

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable : E-mail :  
(obligatoire)

## Contacts en cas d'urgence (autres que les responsables légaux et par ordre de priorité)

**!** Aucun enfant scolarisé en maternelle, en cours préparatoire et en cours élémentaire ne pourra sortir seul ou être remis à une personne de moins de 16 ans.

**A** = personne autorisée à récupérer votre enfant

**B** = personne à prévenir en cas d'urgence

**A** et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :  
(avec l'enfant)  
**A** et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :  
(avec l'enfant)  
**A** et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :  
(avec l'enfant)

## Autorisations

Après les activités : j'autorise je n'autorise pas mon enfant à regagner seul le domicile

Droit à l'image : j'autorise je n'autorise pas la captation / l'utilisation de l'image de mon enfant  
par la collectivité Grand Auch Coeur de Gascogne/ Ville d'Auch



# FICHE SANITAIRE

A joindre au DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS

2024 - 2025



NOM :

PRÉNOM :

## Vaccinations (joindre une copie du carnet de santé ou des certificats de vaccination)

### VACCIN OBLIGATOIRE

DATE de la dernière injection

DTP (Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite)

### VACCINS RECOMMANDÉS

DATE de la dernière injection

ROR\* (Rubéole - Oreillons - Rougeole)

Coqueluche\*

Haemophilus\*

Meningocoque C\*

Hépatite B\*

Influenza B\*

BCG\*

→ \* **Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.**

**Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, ils doivent être réalisés dans les 3 mois suivant l'inscription.**

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

→ **Obligatoire : joindre une copie du carnet de santé ou des certificats de vaccination.**

## Renseignements concernant le mineur

L'enfant suit-il un traitement ?

oui

non

Lequel :

L'enfant a-t-il déjà eu une intolérance ou allergies suivantes ?

Alimentaire

oui

non

Médicamenteuses

oui

non

Autres (animaux, plantes, pollen...)

oui

non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

Le mineur présente-t-il des problèmes de santé particuliers ?

oui

non

Nécessitant une transmission d'information médicales, des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter.

Ex : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I. ?

oui

non

→ Si oui, merci de fournir une copie du PAI.

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

Rubéole

oui non

Varicelle

oui non

Angine

oui non

Coqueluche

oui non

Asthme

oui non

Oreillons

oui non

Otite

oui non

Rougeole

oui non

Scarlatine

oui non

Rhumatisme

oui non

## Recommandations des parents

---

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne etc....

## Responsables du mineur

---

### À JOINDRE EN PRIORITÉ EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tel. professionnel :

#### MÈRE

Nom :

Prénom :

#### PÈRE

Nom :

Prénom :

#### MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone:

**N° SÉCURITÉ SOCIALE DONT DÉPEND L'ENFANT** (OBLIGATOIRE)

## Signature

---

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

**Date**

**Signature** du ou des responsables légaux

