

### ENFANT

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : ..... Garçon :  Fille :

Né(e) le : ..... à .....

Adresse de l'enfant : .....

**ÉCOLE FRÉQUENTÉE EN 2024 - 2025 :** .....

Maternelle  Élémentaire  Niveau scolaire en 2023/2024 (PS, MS, CP, CE1) : .....

École fréquentée en 2023/2024 (Nom, adresse et classe) : .....

### ■ COORDONNÉES DES 2 REPRÉSENTANTS DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Informations	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. mobile		
Tél. pro		
Tél. domicile		
Email <i>(séparez bien les lettres pour une lecture aisée)</i>		
Situation des parents	<input type="checkbox"/> En couple (mariés, pacsés, vie maritale) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparés ou divorcés (Joignez l'acte de décision de justice)	

### ■ ASSURANCE (Facultative mais conseillé)

Si vous en avez une assurance scolaire-périscolaire pour votre enfant, merci d'indiquer :

Nom de la compagnie : ..... N°du contrat : .....

# RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## ■ VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR TOUS LES ENFANTS

Date  
du dernier rappel

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
--------------------------------------	------------------------------	------------------------------	--

## ■ VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS À PARTIR DE 2018

Date  
du dernier rappel

Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Hépatite B	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Pneumocoque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Méningocoque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

■ Votre enfant a-t-il déjà eu la **scarlatine** ? OUI  NON

■ Votre enfant a-t-il déjà eu la **varicelle** ? OUI  NON

■ Votre enfant a des **réactions allergiques** (asthme, alimentaires),  
médicamenteuses ou autres. Précisez lesquelles : OUI  NON

.....  
.....

■ Votre enfant a eu des **antécédents médicaux ou chirurgicaux**,  
(maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...).  
Précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre : OUI  NON

.....  
.....

■ Votre enfant suit un **traitement médical régulier** : OUI  NON   
Précisez lequel :

.....  
.....

■ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives,  
dentaire...)

.....  
.....

■ Repas sans porc : OUI  NON

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

**Le projet d'Accueil Individualisé (PAI)** permet de mettre en place sur le temps de l'école et du périscolaire les aménagements nécessaires aux enfants souffrant de troubles de santé : administration de médicaments, régime alimentaire particulier...

Élaboré par le médecin traitant de l'enfant, **le PAI doit être réactualisé chaque année par ce dernier.**

● L'enfant bénéficiait-il d'un PAI en 2023/2024 ? OUI  NON

● Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un PAI en 2024/2025 ? OUI  NON

Précisez lequel : Santé  Alimentaire

**Merci de contacter le directeur d'école**

### ■ BESOINS SPÉCIFIQUES

#### Prise en charge handicap

Votre enfant est-il porteur d'un handicap nécessitant une prise en charge particulière (aménagements / adaptations / aide humaine) sur le temps périscolaire ?

*Si oui, fournir une notification de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH)*

OUI  NON

#### Autre accompagnement spécifique

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement humain spécifique sur le temps périscolaire ?

OUI  NON

Merci de nous signaler rapidement tout changement ou tout renseignement utile (téléphone, adresse, maladie,...)

### RAPPEL DES PIÈCES À JOINDRE

Joindre en cas de 1<sup>re</sup> inscription à l'école 1 photo d'identité avec au dos les nom et prénom de l'enfant ;

Les copies de toutes les pages VACCINS du carnet de santé de l'enfant ;

**Rappel : pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, il y a 11 maladies à vaccin obligatoire.**

*Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche - Haemophilus Influenzae de type b (HIB) -*

*Hépatite B - Pneumocoque - Méningocoque - Rougeole - Oreillons - Rubéole.*

# AUTORISATIONS PARENTALES

■ **Liste des personnes autorisées** à venir chercher l'enfant (*ces personnes doivent présenter une pièce d'identité et être âgées de + de 15 ans*)

NOM ET PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

## ■ Autres autorisations

J'autorise mon enfant **âgé de 7 ans révolus** à rentrer seul à la fin de l'activité

OUI  NON

J'autorise la prise de vues de mon enfant pour les publications de la ville (padlet, magazine, affiches, programmes, site internet de la ville,...)

OUI  NON

## SIGNATURES DES PARENTS

*A remplir obligatoirement*

Je soussigné(e)

Madame, Monsieur .....

en qualité de parent 1  parent 2  de l'enfant mentionné plus haut

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes le ..... Signature(s) :