



Le Jardin de Mady



DOSSIER D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

A remplir par les parents

ANNEE 20__ \ 20__

Ne pas oublier de remplir la fiche sanitaire de Liaison au verso →

L'ENFANT	NOM : _____ PRENOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU : _____
	ADRESSE : _____
	VILLE : _____ CP : _____
	ALLOCATIONS FAMILIALES : NOM PRENOM D'ALLOCATAIRE : _____ REGIME : _____ N° D'ALLOCATAIRE : _____
	<u>Fournir la copie d'un document officiel de l'organisme qui verse les allocations familiales</u>
	FRERES ET SŒURS :
	NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
	NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
	NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____	
NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____	
<u>Fournir la copie du livret de famille où figurent l'enfant et ses frères et sœurs</u>	

LE PERE	NOM : _____ PRENOM : _____	Domicile _/ _/ _/ _/ _/ _/
	ADRESSE : _____	Portable _/ _/ _/ _/ _/
	CP : _____ VILLE : _____	Travail _/ _/ _/ _/ _/
	PROFESSION : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____	E-mail _/ _/ _/ _/ _/

LE MERE	NOM : _____ PRENOM : _____	Domicile _/ _/ _/ _/ _/ _/
	ADRESSE : _____	Portable _/ _/ _/ _/ _/
	CP : _____ VILLE : _____	Travail _/ _/ _/ _/ _/
	PROFESSION : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____	E-mail _/ _/ _/ _/ _/

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

NOM : _____	PRENOM : _____	QUALITE _____	Tél : _/ _/ _/ _/ _/
NOM : _____	PRENOM : _____	QUALITE _____	Tél : _/ _/ _/ _/ _/
NOM : _____	PRENOM : _____	QUALITE _____	Tél : _/ _/ _/ _/ _/
NOM : _____	PRENOM : _____	QUALITE _____	Tél : _/ _/ _/ _/ _/
NOM : _____	PRENOM : _____	QUALITE _____	Tél : _/ _/ _/ _/ _/

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS Fournir la photocopie du carnet de santé

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

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

VARICELLE		RUBEOLE		ANGINE		RHUMATISME		SCARLATINE	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
COQUELUCHE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

L'enfant est-il allergique ?

Asthme Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Alimentaire Oui Non

Autres Oui Non

En cas d'allergie un Plan d'accueil individualisé sera mis en place par le médecin PMI et la directrice.

Indiquez ci après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....

.....

.....

.....

Recommandation utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires etc.... précisez.

.....

.....

.....

Je soussigné(e) _____, agissant en ma qualité de responsable légal de l'enfant sus nommé :

- certifie que mon enfant n'est atteint d'aucune maladie contagieuse ou transmissible. Fournir un certificat d'aptitude à la vie en collectivité,
- lui permet de prendre part à toutes les activités organisées par le Multi Accueil Collectif le « Jardin de Mady »
- autorise la directrice du MAC « Le Jardin de Mady » à déléguer au SAMU la décision d'une hospitalisation si son état le nécessite.
- de même, j'autorise le personnel du MAC « Le Jardin de Mady » à administrer en cas de fièvre supérieur à 38°5 un di antalgique (Doliprane sirop)
- autorise toutes personnes du MAC « Le Jardin de Mady » à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre des activités du centre Socio Culturel JP Coste
- accepte sans réserve, les termes du règlement intérieur du MAC « Le Jardin de Mady ».

Fait à Aix en Provence, le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)