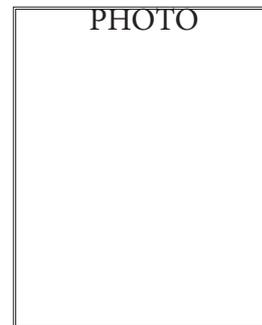




PHOTO



FICHE D'INSCRIPTION

NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Sexe :

École fréquentée :

Classe :

J'inscris mon enfant à :

RESTAURATION SCOLAIRE :

GARDERIE PERISCOLAIRE :

REPAS SANS PORC REPAS SANS VIANDE

L'enfant mangera-t-il au restaurant scolaire le jour de la rentrée de septembre 2019 ?

OUI NON

Il est **impératif** de réserver les repas et/ou les créneaux de garderie périscolaire.

Soit par téléphone au 03 21 72 78 00 (mairie) ;

Soit sur la plateforme BL-ENFANCE
(accessible depuis le site de la ville www.ville-mazingarbe.fr)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et n° de téléphone du médecin :

Nom de l'assuré :

N° Sécurité sociale :

Nom et n° de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine, avec la notice, et le nom de l'enfant noté sur la boîte)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DÉLIVRÉ SANS ORDONNANCE

Les vaccins sont-ils à jour ? OUI NON Joindre une copie du carnet de vaccinations

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

Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu		
Convulsions	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme OUI NON
Alimentaires OUI NON
Médicamenteuses OUI NON
Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : demande formulée par les parents avec courrier et certificat médical.

L'enfant a-t-il déjà eu des interventions chirurgicales ?

Appendicite OUI NON

Autres : _____

Rééducation : OUI NON

Hospitalisations (dates et motifs) : _____

RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez si l'enfant porte des lunettes, lentilles, prothèse dentaire...