

FORMULAIRE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE 2026-2027

L'ENFANT : (un formulaire à remplir par enfant à inscrire)

Nom :	Prénom :
--------------	-----------------

LA FAMILLE : L'enfant réside : ☐ chez les parents ☐ chez le père ☐ chez la mère ☐ tuteur ou famille d'accueil

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Famille d'accueil	☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Famille d'accueil
Nom de famille :	Nom de famille :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....
Adresse :	Adresse (si différente) :
CP et Ville :	CP et Ville :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Portable :	Portable :
Mail :@.....	Mail :@.....
Nom et N° de l'Assurance responsabilité civile :	
Personne à contacter en cas d'urgence :	
Nom : Prénom : N° Tél :	

Les mineurs doivent obligatoirement être accompagnés et recherchés aux activités par un adulte

PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT :

NOM et PRENOM	N° TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

☐ MULTI-ACCUEIL

☐ EVEIL CULTUREL

☐ LAEP

☐ LUDOTHEQUE

FORMULAIRE DE SANTE 2025-2026

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Médecin traitant : 

VACCINATIONS *Joindre les photocopies des pages du carnet de santé réservées aux vaccins*

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT polio		ROR	
Coqueluche		Haemophilus influenzae B	
Hépatite B		Pneumocoque	
Méningocoque C		BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE SERA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? *Cochez les cases correspondantes*

☐ Rubéole ☐ Coqueluche ☐ Otite ☐ Varicelle ☐ Rougeole ☐ Scarlatine ☐ Angine ☐ Oreillons ☐ Rhumatisme

- Allergies : ☐ Aucune ☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires ☐ Asthme

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

- Difficultés de santé : ☐ Aucune

Maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation, précisez les dates et les précautions à prendre :

- L'enfant utilise-t-il un appareillage pour pallier à un problème de santé ?

☐ Lunettes ou lentilles ☐ Appareil dentaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autres :

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : ☐ Oui ☐ Non

Reconnaissance Handicap (MDPH ou AAH) : ☐ Oui ☐ Non

En cas de PAI, il est impératif de le joindre à ce formulaire et de prendre RDV avec le référent de l'accueil concerné

En cas de reconnaissance Handicap, il est impératif de prendre RDV avec le référent de l'accueil

Ces rendez-vous ont pour objectif de préparer un accueil individualisé et qualitatif de votre enfant.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES que vous jugerez utiles de nous communiquer :

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait leà Signature :