

JOINDRE DEUX PHOTOS D'IDENTITÉ AVEC AU DOS LE NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT – NE PAS COLLER NI AGRAFER

A remplir en lettres capitales et très lisiblement, merci !

Nom de l'enfant :	En 2011-2012 Etablissement fréquenté : Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Niveau scolaire :
Prénom de l'enfant :	
Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/> Âge : Né(e) le :	
Adresse complète :	

Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir la 1^{re} colonne)

INFORMATIONS	PÈRE (OU RESPONSABLE LÉGAL)	MÈRE
Nom	M.	Mme
Prénom	.....	.....
Adresse	.....	.....
Tél. domicile	.....	.....
Tél. mobile	.....	.....
Tél. pro	.....	.....
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparés ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Divorcés ⁽¹⁾
	Précisez si : Garde alternée ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	
(1) DANS CE CAS JOINDRE LA COPIE DE L'EXTRAIT DE JUGEMENT JUSTIFIANT DE LA RESPONSABILITÉ DE(S) L'ENFANT(S) ET DES DROITS DE GARDE.		

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin d'une activité	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
J'autorise la prise de vues de mon enfant pour les publications de la ville (journal municipal, affiches, programmes, site Internet de la ville,...).	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

JOINDRE LES COPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTÉ RELATIVES AUX VACCINATIONS. SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Vaccination	Antidiphthérique	Antitétanique	Antipoliomyélitique
DATE DU VACCIN/...../...../...../...../...../.....
DATE DU DERNIER RAPPEL/...../...../...../...../...../.....

■ Votre enfant a-t-il déjà eu les **maladies suivantes** ?

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

■ Votre enfant suit-il un **traitement médical régulier** ? OUI NON
 Si oui, précisez lequel :

JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE
 (LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS SONT À REMETTRE AU RESPONSABLE DE CHAQUE ACTIVITÉ DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUÉS AU NOM DU JEUNE AVEC LA NOTICE)
AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

■ Votre enfant a-t-il des **réactions allergiques** (asthme, alimentaires, médicamenteuses ou autres) ? OUI NON
 Si oui, précisez lesquelles :

■ Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé). OUI NON
 Si oui, précisez : P.A.I. Santé : P.A.I. Alimentaire :
 ■ Repas sans porc

PRATIQUE SPORTIVE – PRÉCAUTIONS À PRENDRE

■ Dans le cadre de sorties ou d'activités, votre enfant est amené à pratiquer une activité sportive : merci de **joindre un certificat de non-contre indication à la pratique sportive**
 Si votre enfant a des **antécédents médicaux ou chirurgicaux** susceptibles d'avoir des répercussions **sur la pratique d'une activité sportive**, précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre :

JOINDRE UN CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

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

A remplir obligatoirement

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur

en qualité de père mère représentant légal

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 :