



Fiche d'inscription Jardin d'enfants La Chenille bleue

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom		Prénom	
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse complète			
L'enfant vit avec	<input type="checkbox"/> ses parents <input type="checkbox"/> mère seule <input type="checkbox"/> père seul <input type="checkbox"/> autre :		
Fratrie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez le prénom et l'âge		

RESPONSABLES LÉGAUX

	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur
Nom		
Prénom		
Profession		
Adresse		
Tel domicile		
Natel		
Adresse mail		

FRÉQUENTATION SOUHAITÉE

Nombres de demi-journée (min 2 demi-journées/semaine) :

Cocher toutes les options possibles :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin : 8h30-12h					
Après-midi : 14h-17h30					

Inscription souhaitée* dès le

*Les contrats prennent effet au 1^{er} jour du mois, dès l'intégration de l'enfant

INFORMATIONS GENERALES

Pédiatre de l'enfant	
----------------------	--

Personnes à contacter en cas d'urgence autre que les parents		
Nom et prénom	téléphone	Lien avec l'enfant

Personnes autorisées à récupérer l'enfant autre que les parents		
Nom et prénom	téléphone	Lien avec l'enfant

Votre enfant présente-t' il un trouble du spectre de l'autisme ou une suspicion de trouble du spectre de l'autisme ?	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant est-il sujet à des allergies ?	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particulier ?
<input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> convulsions <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> autre
Si autre, précisez :
Quelles sont les mesures d'urgence à prendre ? Comment agir/réagir ?

Votre enfant prend-il des médicaments régulièrement ?

oui

non

Si oui, précisez :

Quelles sont les effets secondaires possibles ?

Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures organisées par le jardin d'enfants

Signature du parent :Date :

J'autorise la responsable du jardin d'enfants à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour la santé et la sécurité de mon enfant.

Y a-t-il des dispositions à prendre en cas d'urgence (ambulance, hôpital, premiers soins)? Si oui, lesquelles?

.....
.....

Signature du parent :Date :

J'autorise le jardin d'enfants à photographier notre enfant. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage interne du jardin d'enfants.

Signature du parent :Date :

Remarques éventuelles

Date :

Signature :