

| TPS | PS | MS | GS |
|-----|----|----|----|
|     |    |    |    |

**Enfant**

|                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Nom :                              | Prénom :                        |
| Né(e) le :                         | à :                             |
| sexe :                             |                                 |
| code postal :                      | adresse :                       |
| ville :                            |                                 |
| nombre d'enfants dans la famille : | nombre d'enfants dans l'école : |
| rang de l'enfant dans l'école :    |                                 |

**Père**

|               |  |
|---------------|--|
| Nom :         | Prénom :   |
| code postal : | adresse :  |
| ville :       | téléphone domicile :<br>téléphone portable :<br>téléphone prof : |

**Mère**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nom d'usage :        | Prénom :   |
| Nom de jeune fille : |  |
| code postal :        | adresse :  |
| ville :              | téléphone domicile :<br>téléphone portable :<br>téléphone prof : |

**Responsable légal de l'enfant :** père  mère  autre (jugement) :

**Ecole de provenance (publique ou privée, à préciser):**

**Autres renseignements**

L'enfant a-t-il un suivi médical particulier nécessitant la mise en place d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) ? OUI  NON

Allergie /Intolérance ( fournir certificat médical) :

Certifie exact les renseignements fournis sur cette fiche.

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

*Signature :*

*Cachet de la Mairie*

*Signature du Maire*

### En cas d'accident

|                                    |             |
|------------------------------------|-------------|
| Médecin traitant :                 | téléphone : |
| Evacuation : urgences pédiatriques | N° SS :     |

### Vaccinations

|           |              |
|-----------|--------------|
| Monovax : | Néotest :    |
|           |              |
|           |              |
|           |              |
| R.O.R. :  | Meningitec : |

Certifie exacts les renseignements fournis sur cette fiche.

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

*Signature :*

### Particularités :

Cantine            Régulier             Occasionnel             Jours : Lundi.Mardi.Jeudi.Vendredi

Garderie            Matin            Régulier             Occasionnel   
                          Soir            Régulier             Occasionnel

En petite section, rentrée le :

Mi-temps            oui             non