

INSCRIPTIONS SCOLAIRE / PERISCOLAIRE / EXTRA-SCOLAIRE de HINX



FAMILLE

M/Mme/Mlle Nom de famille (entête facture) : _____
Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville: _____
Nb d'enfants à charge : _____
N° Sécurité sociale : _____
Régime (caf, msa, mgen, autres) : _____
N° allocataire : _____ Quotient Familial : _____
Assurance : _____
N° de police : _____
Imposable : oui / non L'enfant vit il en garde alternée : oui / non

PARENT 1

Nom : _____ Prénom : _____
Situation familiale : _____
Né(e) le : _____ Ville : _____
Département : _____ Nationalité : _____
Adresse : _____
Téléphone fixe : _____ Mobile : _____
Adresse mail : _____
Profession : _____ Employeur : _____
Téléphone professionnel : _____
Adresse professionnelle : _____
Revenu annuel : _____ Mensuel : _____
Autorité parentale : oui / non

PARENT 2

Nom : _____ Prénom : _____
Situation familiale : _____
Né(e) le : _____ Ville : _____
Département : _____ Nationalité : _____
Adresse : _____
Téléphone fixe : _____ Mobile : _____
Adresse mail : _____
Profession : _____ Employeur : _____
Téléphone professionnel : _____
Adresse professionnelle : _____
Revenu annuel : _____ Mensuel : _____
Autorité parentale : oui / non

Si parents séparés ou divorcés, possédez vous un jugement pour la garde de l'enfant ? : oui / non (A FOURNIR)

ENFANT

Classe fréquentée : _____

Date de Rentrée à l'école : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____ Adresse du médecin : _____

Sexe : _____ Allergies : _____

Nationalité : _____ Régime alimentaire : _____

Maladies : _____

PAI scolaire : _____

Notes particulières (lunettes, appareil dentaire, semelles orthopédiques, etc.)

Lieu d'hospitalisation d'urgences : _____

Traitement contre la pédiculose en cours? (poux) : oui / non

Groupe sanguin : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté

L'enfant peut-il rentrer seul : oui / non**Votre enfant détient il?**

Brevet de natation : oui / non

Test PAN : oui / non

PRESENCES PREVISIONNELLES

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Périsco Matin					
Repas					
Périsco Soir					

AUTORISATIONS SPECIFIQUES

	Oui	Non
Autorisation d'hospitalisations :		
Autorisation d'administrer des médicaments sur ordonnance :		
Autorisation d'administrer de l'homéopathie :		
Autorisation d'appliquer de la crème solaire :		
Autorisation de transport et de sortie :		
Autorisation de baignade :		
Diffusion d'images (presse locale, rapport et interne structure)		