

Syndicat Intercommunal des Ecoles Primaires du Val de Vienne

Mairie, rue du 25 Août

37800 MAILLE

☎ 02 47 43 13 39

Adresse mail : siep37@siep37.com - site internet : http://www.siep37.com/

FICHE D'INSCRIPTION

Année scolaire :

ACCUEIL ET LOISIRS

REPRESENTANT LEGAL

NOM..... Prénom.....

ADRESSE.....

☎ Domicile :..... Travail :..... Port :.....

Email :

ENFANTS CONCERNES

NOM	Prénom	Date de naissance	École Fréquentée/Classe

Fréquentation régulière

Fréquentation Occasionnelle

HORAIRES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI
7h00-7h30					
7h30-8h00					
8h00-8h30					
16h40-17h15					
17h15-17h45					
17h45-18h15					
18h15-18h45					

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, adresse et Téléphone du médecin traitant :

Coordonnées des personnes autorisés à venir chercher les enfants :

Fait à Le

Signature des parents

Pièces à joindre :

♦ Attestation d'assurance responsabilité civile ;

♦ 1 Boîte de Mouchoirs ;

Syndicat Intercommunal des Ecoles Primaires du Val de Vienne

Mairie, rue du 25 Août

37800 MAILLE

☎ 02 47 43 13 39

Adresse mail : siepvv37@siepvv37.com - site internet : http://www.siepvv37.com/

FICHE SANITAIRE

↳ Enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Garçon Fille

↳ Vaccinations :

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

↳ Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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

Si oui préciser :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES : Oui Non

ALIMENTAIRES Oui (spécifier :) Non

AUTRES :

Personnes à contacter en cas d'urgence (Nom, Prénom, N° de Tél)

.....

.....

.....

Pièces à joindre :

♦ Attestation d'assurance responsabilité civile ;

♦ 1 Boîte de Mouchoirs ;