

IDENTIFIANT :

MOT DE PASSE :

DOSSIER FAMILLE

FACTURATION A FAIRE AU NOM DE :

Joindre un RIB

INFORMATION SUR LE PÈRE

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Tél travail :	
Tél portable :	
Lieu de travail :	

INFORMATION SUR LA MÈRE

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Tél travail :	
Tél portable :	
Lieu de travail :	

COORDONNEES

Adresse :
Ville :
Email :
Tél maison :
Tél urgence :

Adresse :
Ville :
Email :
Tél maison :
Tél urgence :

INFORMATION SUR LES ENFANTS

Nom :	Prénom :
Renseignements particuliers:	

Date de naissance :
Lieu de naissance :
Classe :
Menu : STANDARD OU
Allergies :
Traitement médical : OUI NON

Nom :	Prénom :
Renseignements particuliers:	

Date de naissance :
Lieu de naissance :
Classe :
Menu : STANDARD OU
Allergies :
Traitement médical : OUI NON

SANTE

Médecin de famille :
Adresse :
ville :
Tél :

HOPITAL :
Adresse :
Ville:
Tél :

PREVENIR EN PRIORITE :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

M :
M :

Tél :
Tél :

DATE :

Signature :

OBSERVATIONS :

IMPORTANT

Chaque parent est tenu d'avoir pris connaissance du règlement cantine et garderie.
Il sera consultable en ligne sur le site de la commune ou mis à disposition sur demande
à partir du 18 Juin 2012, date du Conseil Municipal

DOSSIER ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou au certificats de vaccination de l'enfant)

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					

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIE SUIVANTES

	OUI	NON	PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
RUBEOLE			
COQUELUCHE			ALLERGIES :
VARICELLE			
OTITE			
ANGINE			
ROUGEOLE			
RHUMATISME ARTICULAIRE			
AIGÜ			
OREILLONS			
SCARLATINE			

Nom : _____ Prénom : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou au certificats de vaccination de l'enfant)

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					

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIE SUIVANTES

	OUI	NON	PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
RUBEOLE			
COQUELUCHE			ALLERGIES :
VARICELLE			
OTITE			
ANGINE			
ROUGEOLE			
RHUMATISME ARTICULAIRE			
AIGÜ			
OREILLONS			
SCARLATINE			