

INSCRIPTION ANNEE 2024 / 2025



FICHE SANITAIRE DE LIAISON REMPLIR PAR LA FAMILLE

Veillez-vous munir du carnet de santé de l'enfant pour remplir la fiche.

NOM		PRENOM				
Date de naissance.....	Poids.....	Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
VACCINS A jour du DT Polio		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
ALERGIES		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, lesquelles.....						
MALADIE	Rougeole <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/>			
CONTRE INDICATIONS MEDICALES						
Médicaments						
Vaccins-sérum.....					
TRAITEMENT PARTICULIER / P.A.I (joindre l'original l'ordonnance)		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
ALIMENTATION OU REGIME PARTICULIER Si oui, lequel (si raison médicale, joindre le P.A.I)		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
L'ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ? I Si oui, lequel.....		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
L'ENFANT EST-IL DECLARE EN M.D.P.H?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ETRE ACCOMPAGNE PAR UNE A.V.P (Auxiliaire de vie périscolaire / extrascolaire)		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
PORT D'UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes...) Si oui, lequel.....		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
OPERATIONS Si oui, lesquelles.....		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
L'ENFANT EST-IL APTE A LA PRATIQUE SPORTIVE (Nautiques, plein air, motorisées, combat) Si non, préciser.....		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
L'enfant est-il	Hémophile	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Cardiaque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Enurétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Epileptique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Asthmatique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Diabétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ATTESTATION CERTIFICAT MEDICAL						
Je soussigné M/MME.....						
Représentant légal de l'enfant.....						
Atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.						
A Aubervilliers,/...../.....				Signature du représentant légal		

INSCRIPTION ANNEE 2024 / 2025



INSCRIPTION REINSCRIPTION

Nom : Prénom :

Sexe : F M

Né(e) le : / / Age :

Adresse :

Établissement scolaire : .Classe :

Responsables de l'enfant :

Mère : Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. portable : Dom. : Prof. :

Adresse mail (obligatoire) :

N° Sécurité sociale : CMU : OUI NON

Père : Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. portable : Dom. : Prof. :

N° Sécurité sociale : . CMU : OUI NON

Noms et coordonnées de l'assurance des parents :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Information complémentaire Personnes autorisées à venir récupérer mon enfant :

Nom/Prénom : Lien de parenté :

Autorise les responsables du dispositif TONUS à faire le nécessaire en cas d'urgence auprès des autorités compétentes (médecin, hospitalisation, urgence). Oui Non

Autorise le dispositif TONUS, dans le cadre des activités proposées et des conditions du stricte respect du droit à l'image, à la reproduction et à la diffusion à but non commercial de photographies de mon enfant (blog, site de la ville et Auber mensuel). Oui Non

Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin de l'activité : Oui Non

INFORMATION COVID

Si l'enfant présente de la fièvre, touse ou les deux, s'il a été en contact avec une personne présentant des symptômes, merci de le garder à la maison.

Quelques questions

Où avez-vous pris votre fiche d'inscription ?

Ecole Gymnases ou stades Tonus

Autre.....

Quelle période des vacances ?

Toussaint Noël Hiver

Printemps Été

Date et signature des parents ou responsable légale de l'enfant

A

Le / /

SIGNATURE DES PARENTS