Dossier Unique d'Inscription année 2012-2013

Responsable légal		Conjoint	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Code postal		Code postal	
Tél. domicile		Tél. domicile	
Tél. portable		Tél. portable	
Email		Email	
Profession		Profession	
N°SS		N°SS	
N°Caf		N°Caf	
Quotient Caf		Quotient Caf	

Enfant

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	

Informations complémentaires

Autorisé à partir seul	oui	non	Appareil dentaire	oui	non
Prise de photo	oui	non	Lunettes	oui	non
			Appareil auditif	oui	non
Autorisation sport	oui	non	Natation	oui	non
Hospitalisation	oui	non	Vélo	oui	non
Médecin traitant			Pointure des chaussures :		

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Tél.		Tél.	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Tél.		Tél.	

Informations médicales

vaccins		maladies		
DTP	date:	coqueluche	non	oui
ROR	date:	oreillons	non	oui
BCG	date:	rougeole	non	oui
Autre	date:	rubéole	non	oui
		scarlatine	non	oui
		varicelle	non	oui

Allergies

Asthme	non	oui	si oui procédure :
Alimentaire	non	oui	si oui à quoi :
Médicamenteuse	non	oui	si oui à quoi :
P.A.I	non	oui	si oui ordonnance lisible :

Pratiques alimentaires

à renseigner :

Annualisation

Groupe scolaire : Classe : Niveau :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Accueil périsco matin					
Accueil périsco soir					
Restauration					
Accueil de loisirs					
Péri-ALSH matin					
Péri-ALSH soir					
Transport					

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la feuille.

Fait à Mios

Le Signature