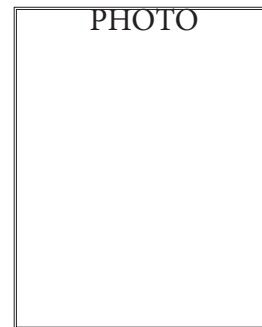




PHOTO



## FICHE D'INSCRIPTION

NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Sexe :

École fréquentée :

Classe :

J'inscris mon enfant à :

RESTAURATION SCOLAIRE :

GARDERIE PERISCOLAIRE :

REPAS SANS PORC

REPAS SANS VIANDE

*L'enfant mangera-t-il au restaurant scolaire le jour de la rentrée de septembre 2019 ?*

OUI

NON

Il est **impératif** de réserver les repas et/ou les créneaux de garderie périscolaire.

Soit par téléphone au 03 21 72 78 00 (mairie) ;

Soit sur la plateforme BL-ENFANCE  
(accessible depuis le site de la ville [www.ville-mazingarbe.fr](http://www.ville-mazingarbe.fr))

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et n° de téléphone du médecin :

Nom de l'assuré :

N° Sécurité sociale :

Nom et n° de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine, avec la notice, et le nom de l'enfant noté sur la boîte)

### AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DÉLIVRÉ SANS ORDONNANCE

Les vaccins sont-ils à jour ? OUI  NON  Joindre une copie du carnet de vaccinations

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

Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu		
Convulsions	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

#### L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme OUI  NON   
Alimentaires OUI  NON   
Médicamenteuses OUI  NON   
Autres : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)** : demande formulée par les parents avec courrier et certificat médical.

#### L'enfant a-t-il déjà eu des interventions chirurgicales ?

Appendicite OUI  NON

Autres : \_\_\_\_\_

Rééducation : OUI  NON

Hospitalisations (dates et motifs) : \_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez si l'enfant porte des lunettes, lentilles, prothèse dentaire...