

DOSSIER D'INSCRIPTION N.A.P.
ANNEE 2015/2016
A rendre pour le 24 août 2015 au plus tard.

1- L'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____/____/____ à _____ Sexe : M F
 Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____
 Classe : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

2- Responsables de l'enfant :

	PERE	MERE
Nom - Prénom		
Adresse (si différente de l'enfant)		
Tél domicile		
Tél portable		
Nom et adresse de l'employeur		
Profession		
Tél professionnel		
N° de sécurité sociale Régime général Autre régime (indiquer lequel)		
N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire)		

Autorité parentale :

Père et mère conjointement Père seulement Mère seulement

Autre, à préciser : _____

3- Jour de présence au N.A.P. : (cocher la case correspondante) :

Pour les élèves de l'école maternelle :

Lundis Mardis Jeudis Vendredis Tous les jours de cantine

Pour les élèves de l'école élémentaire :

Tous les mardis
 ou préciser les dates (jj/m) :

Tous les vendredis
 ou préciser les dates (jj/m) :

4- Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____
 Téléphone domicile : _____ Tél portable : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 A appeler en cas d'urgence Autorisé à prendre l'enfant

Nom et prénom : _____
 Téléphone domicile : _____ Tél portable : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 A appeler en cas d'urgence Autorisé à prendre l'enfant

5- Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Vaccins : (Faire des photocopies)

Dt polio	Rubéole / oreillons / rougeole
Coqueluche	BCG
Hépatite B	Tetracop

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

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

(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation des parents

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBEOLE		VARICELLE		ROUGEOLE	
COQUELUCHE		SCARLATINE		OREILLONS	

Votre enfant fait-il de l'asthme ? _____

Votre enfant fait-il des allergies alimentaires (si oui de quelle origine) ? _____

Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses (si automédication à signaler)? _____

6- Recommandations utiles des parents : (ex : pas de piscine, port de lunettes, prothèses auditives, lentilles,...)

7- Médecin traitant :

Nom : _____ N° de téléphone : _____
 Ville : _____

8- Autorisations :

Je soussigné(e), _____ responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise les intervenants à prendre mon enfant, au horaires N.A.P. pour se rendre sur les lieux de ces derniers. De plus, j'autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par de l'enfant.

Date et signature du responsable légal