

# FICHE D'INSCRIPTION



**Identification de l'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Placement souhaité :**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h30 – 8h00					
8h00– 8h30					
8h30 – 9h30					
9h30 – 11h30					
11h30 – 12h30					
12h30 – 13h30					
13h30 – 15h30					
15h30 – 17h30					
17h30 – 18h30					
18h30 – 19h00					

Date d'entrée demandée : \_\_\_\_\_

Motif du placement : \_\_\_\_\_

Langue maternelle de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autres langues parlées avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**Identification des parents :**

	Père	Mère
Nom et prénom		
Adresse		
Tel. Privé		
e-mail		
Date de naissance		
Etat civile		
Profession		
Lieu de travail		
Tel. au travail		
Horaires de travail		
Caisse de maladie		

**Identification de la famille :**

Enfant(s)	Date de naissance	Placé(s) ou non

-----  
**Partie à compléter lors de l'admission finale de l'enfant**

**Identification médicale de l'enfant :**

Maladie infantile	contractée	vaccinée	âge

Intolérance(s) médicamenteuse(s) : \_\_\_\_\_

Thérapeutique(s) permanente(s) : \_\_\_\_\_

Médecin traitant de l'enfant (nom et adresse) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Identification alimentaire :**

Intolérance(s) : \_\_\_\_\_

Régime particulier : \_\_\_\_\_

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

**Identification physique de l'enfant :**

L'enfant est-il propre ? \_\_\_\_\_

Si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_

Fait-il la sieste ? \_\_\_\_\_

Si oui, a-t-il des besoins particuliers (doudou, tétine...) ? \_\_\_\_\_

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

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Nom	Téléphone

