

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

La mère :

Nom : _____

Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Adresse : _____

CP/VILLE : _____

Tél fixe : _____

Tél professionnel : _____

Tél portable : _____

Adresse mail : _____

Le père :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP/VILLE : _____

Tél fixe : _____

Tél professionnel : _____

Tél portable : _____

Adresse mail : _____

L'enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Dates derniers rappels
<input type="checkbox"/> Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite (DTP)	/ /
<input type="checkbox"/> Coqueluche	/ /
<input type="checkbox"/> Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	/ /
<input type="checkbox"/> Hépatite B	/ /
<input type="checkbox"/> Infections invasives à pneumocoque	/ /
<input type="checkbox"/> Méningocoque de sérogroupe C	/ /
<input type="checkbox"/> Rubéole-Oreillons-Rougeole	/ /

Vaccins recommandés	Dates derniers rappels
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BCG	/ /
<input type="checkbox"/> Autres (préciser)	/ /

Fréquentation des services municipaux :

Accueil périscolaire matin (à partir de 7h30)

Accueil périscolaire soir (jusqu'à 18h30)

Restaurant scolaire

Transport scolaire