



**RENSEIGNEMENTS SANTE :**

Lieu d'hospitalisation en cas d'urgence .....  
Médecin de famille ..... Téléphone .....  
Contre-indication éventuelle.....  
Allergies alimentaires.....

**LUNETTES :**

portées en permanence  uniquement en classe

Maladie nécessitant un traitement régulier.....

PAI : OUI NON

**SUIVIS EXTERIEURS :**

orthophoniste  psychologue  psychomotricien  autres

Nom du praticien .....

**FACTURATION :**

CANTINE : repas sans porc  OUI  NON

repas sans viande  OUI  NON

CANTINE TOUS LES JOURS  OUI  NON

CANTINE (régulièrement) – entourez les jours L M J V

**GARDERIES (payantes) :**

➤ Matin de 7 :45 à 8 :15  OUI  NON

➤ Soir de 17 :00 à 18 :15  OUI  NON

Mode de règlement :

Le prélèvement bancaire est le mode de règlement privilégié par l'établissement. Merci de joindre un relevé d'identité bancaire à cette fiche d'inscription.

Fait à ..... Le .....

Signature du père

ET

Signature de la mère