



## FICHE D'INSCRIPTION 2024 /2025 PERISCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS LA RUCHETTE



### PARENT 1

Père  Mère  Tuteur  Beau-Père  Belle-Mère

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ : @ :

Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

Coordonnées Professionnelles :

☎ pro :

Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA

Numéro allocataire CAF :

### PARENT 2

Père  Mère  Tuteur  Beau-Père  Belle-Mère

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ : @ :

Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

Coordonnées Professionnelles :

☎ pro :

Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA

Numéro allocataire CAF :

Nombre d'enfant à charge :

Quotient familial (nécessaire pour la facturation) :

7 B, rue des Ecoles - 68250 PFAFFENHEIM  
Tel : 03.89.49.60.94 / 06.38.77.25.84  
[la-ruchette-pfaffenheim@orange.fr](mailto:la-ruchette-pfaffenheim@orange.fr)





# ENFANT (Une fiche par enfant)



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Autorité parentale : \_\_\_\_\_  
Garçon / Fille \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Commune (Lieu de résidence) : \_\_\_\_\_  
École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (HORS PARENTS)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (Hors parents)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

## CANTINE

Régime Alimentaire : Standard  Autre  (à préciser) : \_\_\_\_\_  
Allergie alimentaire connue (si concerné) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Signature des responsables légaux : \_\_\_\_\_

A remplir par la direction : Date de demande : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Date d'inscription : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Avis : \_\_\_\_\_



## INFORMATIONS MEDICALES DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

AUTORISATION D'HOSPITALISATION : OUI  NON

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI  NON

Si oui, date de renouvellement : \_\_/\_\_/\_\_\_\_



### MEDECIN

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

Adresse / CP / Ville : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

### VACCINS

DTP :    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

BCG :    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

TETRACOQ : \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ROR :    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### AUTRES

\_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### MALADIES INFANTILES

Coqueluche \_\_/\_\_/\_\_\_\_    Rougeole \_\_/\_\_/\_\_\_\_    Scarlatine \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Oreillons \_\_/\_\_/\_\_\_\_    Rubéole \_\_/\_\_/\_\_\_\_    Varicelle \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### INFORMATIONS IMPORTANTES

- ❖ Antécédents médicaux :
- ❖ Interventions chirurgicales :
- ❖ Autres maladies :
- ❖ Allergies et conduite à tenir :
- ❖ Observations :