

Photo Obligatoire



**Communauté de Communes du
Pays Bilurien**
54 rue Nationale - 72440 Bouloire
Tél : 02 43 63 12 72
Site : www.cc-paysbilurien.fr
e-mail : ecole.musique.bouloire@orange.fr
Tél : 02 43 35 98 11
Salvatore DI PAOLA : 06 22 78 38 39

FICHE D'INSCRIPTION ENFANT 2016/2017

Nom : Prénom : Né(e) le :/...../.....

N° allocataire CAF ou MSA ou photocopie avis d'imposition 2015 (**revenus 2014**) :
(ce numéro permet d'appliquer la facturation en fonction de votre Quotient Familial)

École fréquentée :

Commune : Classe :

Autorisation de photographier, filmer et d'utiliser dans les médias : OUI NON

J'accepte de recevoir les informations et les fiches d'évaluation pédagogique par courriel : OUI NON

PARENTS OU REPRESENTANT LÉGAL

Qui exerce l'autorité parentale ? Conjointe Parent 1 Parent 2 Tuteur

PARENT 1 (ou représentant légal)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél domicile : Tél mobile : Tél Professionnel :

Mail :@.....

Nom et Adresse de l'employeur :

PARENT 2 (ou représentant légal)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél domicile : Tél mobile : Tél Professionnel :

Mail :@.....

Nom et Adresse de l'employeur :

AUTORISATION DU OU DES PARENTS (OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL)

Je soussigné (e) M..... (parents ou tuteur) responsable légal de
L'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à signaler toute modification de son contenu.
J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Fait à Le :/...../.....

Signature :

Cours suivis par l'élève

Niveau Formation Musicale :

Instrument 1 :

Instrument 2 :

Chorale Enfants

Classe d'Orchestre 1er cycle

Niveau :

Niveau :

Initiation Musicale

Éveil Musical

Ateliers Musiques Actuelles

Nom : Prénom : Né(e) le :/...../.....

Fiche sanitaire de Liaison

La réglementation prévoit que l'admission d'un mineur est conditionnée à la fourniture préalable :

- . Des vaccinations obligatoires ou leurs contre-indications (copie du carnet de vaccinations, certificats médicaux...)
- . Des antécédents médicaux ou chirurgicaux
- . Des pathologies chroniques

Mais pour assurer le bien-être et la sécurité de votre enfant, merci de remplir également cette fiche avec précision

VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers Rappels	Vaccins recommandés	Dates
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
Ou DT POLIO				AUTRES (Préciser)	
Ou TETRACOQ					
BCG					

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Oui Non

Si oui, précisez et indiquez les éventuelles précautions à prendre.....
.....

Les enfants atteints d'allergies ou de handicap peuvent être accueillis après examen de leur situation

- Est-il atteint d'une pathologie chronique qui justifie la prise d'un traitement médical.

Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leurs emballages d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun traitement ne pourra être pris sans ordonnance.

-L'enfant a-t-il eut les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>

Autres (préciser) :

-antécédents médicaux ou chirurgicaux : Oui Non

Si oui, précisez et indiquez les éventuelles précautions à prendre

ALLERGIES ET RÉGIMES ALIMENTAIRES :

- ASTHME OUI NON

- ALLERGIE(S) ALIMENTAIRE(S), MEDICAMENTEUSE(S) OUI NON

- REGIME ALIMENTAIRE OUI NON

Précisez