



MAIRIE  
D'EPOUVILLE  
76133  
Tél 02.35.30.07.40  
Fax 02.35.20.84.80  
[mairie@epouville.com](mailto:mairie@epouville.com)

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

#### ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

|                     |                            |              |
|---------------------|----------------------------|--------------|
| NOM :               | PRÉNOM :                   | Sexe : M - F |
| Date de naissance : | Age :                      | Classe :     |
| Lieu de naissance : | Département de naissance : |              |
| Adresse :           |                            |              |
| Code Postal :       | Ville :                    |              |

#### RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

PÈRE

MÈRE

PÈRE ET MÈRE

TUTEUR/TUTRICE

Mode de garde :

Numéro d'allocataire CAF :

Nom de l'organisme et numéro du contrat assurance scolaire :

#### PÈRE / TUTEUR

#### MÈRE / TUTRICE

| PÈRE / TUTEUR  |  | MÈRE / TUTRICE |  |
|----------------|--|----------------|--|
| Nom :          |  | Nom :          |  |
| Prénom :       |  | Prénom :       |  |
| Adresse :      |  | Adresse :      |  |
| Code postal :  |  | Code postal :  |  |
| Ville :        |  | Ville :        |  |
| Profession :   |  | Profession :   |  |
| Tél domicile : |  | Tél domicile : |  |
| Tél travail :  |  | Tél travail :  |  |
| Tél portable : |  | Tél portable : |  |
| Email :        |  | Email :        |  |

#### AUTORISATIONS DIVERSES

|  |  |
|--|--|
| Photographie : OUI - NON                       |  |
| Pratiquer les activités : OUI - NON            |  |
| Appel aux parents en cas d'urgence : OUI - NON | Ordre de priorité : 1.                      2. |
| Participer aux sorties scolaires : OUI - NON   |  |
| Porte des lunettes : OUI - NON                 | Pendant les récréations : OUI - NON            |
| Projet d'Accueil Individualisé : OUI - NON     |  |



MAIRIE  
D'EPOUVILLE  
76133  
Tél 02.35.30.07.40  
Fax 02.35.20.84.80  
[mairie@epouville.com](mailto:mairie@epouville.com)

## Annexe 2

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

#### PARTIE SANITAIRE

#### MÉDECIN DE L'ENFANT

M ou Mme Nom / Prénom :

Téléphone :

#### AUTORISATIONS DIVERSES

Hospitalisation en cas d'urgence : OUI - NON

Quel hôpital :

#### VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            |                     |       |
| Tétanos              |     |     |                            |                     |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            |                     |       |
| ou DT polio          |     |     |                            |                     |       |
| ou Tétracoq          |     |     |                            |                     |       |
| BCG                  |     |     |                            |                     |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

#### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBEOLE   | VARICELLE | ANGINE    | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | SCARLATINE | OREILLONS |
|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|------------|-----------|
| OUI - NON | OUI - NON | OUI - NON | OUI - NON                   | OUI - NON  | OUI - NON |

| OTITE     | ROUGEOLLE | COQUELUCHE |
|-----------|-----------|------------|
| OUI - NON | OUI - NON | OUI - NON  |

(rayer la mention inutile)

ALLERGIES :

Précisez :

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Alimentaire : OUI - NON      |  |
| Médicamenteuse : OUI - NON   |  |
| Environnementale : OUI - NON |  |

**L'inscription de votre ou vos enfants implique une adhésion et une acceptation de la Charte des Temps Périscolaires (\*)**

Fait à :

Le :

Nom et signature du responsable légal :

(\*) Cette charte est accessible en ligne sur notre site <https://www.epouville.com>



MAIRIE  
D'EPOUVILLE  
76133  
Tél 02.35.30.07.40  
Fax 02.35.20.84.80  
[mairie@epouville.com](mailto:mairie@epouville.com)

**TABLEAU DE FRÉQUENTATION**  
**À LA RESTAURATION SCOLAIRE**

*(à remplir par les parents)*

Nous soussignés : (Nom et Prénom)

Madame.....  
Monsieur .....

Inscrire notre (nos) enfant (s) :

- Nom / Prénom : .....  
Classe : ..... Instituteur (trice) : .....
- Nom / Prénom : .....  
Classe : ..... Instituteur (trice) : .....
- Nom / Prénom : .....  
Classe : ..... Instituteur (trice) : .....

à la restauration scolaire pour l'année \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ comme indiqué ci-dessous :

**Régulièrement toutes les semaines** (cochez les jours de la semaine)

| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|-------|-------|----------|-------|----------|
|       |       |          |       |          |

**Ponctuellement selon un planning transmis au préalable**

Sachant qu'il est possible d'inscrire votre enfant la veille jusqu'à 11h00 pour le lendemain et le vendredi jusqu'à 11h00 pour le lundi suivant.

**Présence le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée :**      OUI       NON       *(cochez la case)*