

LA JEUNESSE DU RIED BRUN

24 rue Vauban,

68320 MUNTZENHEIM

06.75.49.36.98

lajeunesseduriedbrun@gmail.fr



PÉRISCOLAIRE "LES MILLE-PATTES"

22C Grand'Rue,

68320 FORTSCHWIHR

03.89.47.26.88

millepattes68@gmail.com

FICHE D'INSCRIPTION 2022/2023

NOM : _____ PRÉNOM : _____ CLASSE : _____

Généralités & scolarité

Sexe : Garçon / Fille

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Classe 2022/2023 : _____ Ecole / Commune : _____

Fratricité fréquentant les périscolaires de la Jeunesse du Ried Brun

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le ____ / ____ / ____ Structure : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le ____ / ____ / ____ Structure : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le ____ / ____ / ____ Structure : _____

Responsables légaux

A noter : A noter que le parent inscrit dans « responsable légal (1) » sera le contact privilégié pour l'envoi des factures et autres informations relatives au périscolaire.

Responsable légal (1)

Nom (nom de jeune fille) : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nationalité : _____ Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

E-Mail : _____

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

Profession : _____ Employeur : _____ Numéro pro : _____

Adresse professionnelle : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Régime sécurité sociale : Général / MSA / Autre Caisse sécurité sociale : _____

Caisse CAF : _____ Numéro d'allocataire CAF : _____

Responsable légal (2)

Nom (nom de jeune fille) : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nationalité : _____ Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

E-Mail : _____

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

Profession : _____ Employeur : _____ Numéro pro : _____

Adresse professionnelle : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Régime sécurité sociale : Général / MSA / Autre Caisse sécurité sociale : _____

Caisse CAF : _____ Numéro d'allocataire CAF : _____

LA JEUNESSE DU RIED BRUN

24 rue Vauban,
68320 MUNTZENHEIM
06.75.49.36.98

lajeunesseduriedbrun@gmail.fr



PÉRISCOLAIRE "LES MILLE-PATTES"

22C Grand'Rue,
68320 FORTSCHWIHR
03.89.47.26.88

millepattes68@gmail.com

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

A noter : remplir uniquement si différent des responsables légaux.

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le __ / __ / ____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Lien de parenté : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le __ / __ / ____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Lien de parenté : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le __ / __ / ____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Lien de parenté : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence

A noter : remplir uniquement si différent des responsables légaux.

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le __ / __ / ____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Lien de parenté : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le __ / __ / ____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Lien de parenté : _____

Commentaires / observations

A _____, le __ / __ / ____

Signature du responsable légal (1)
Nom / Prénom

Signature du responsable légal (2)
Nom / Prénom

LA JEUNESSE DU RIED BRUN
24 rue Vauban,
68320 MUNTZENHEIM
06.75.49.36.98
lajeunesseduriedbrun@gmail.fr



PÉRISCOLAIRE "LES MILLE-PATTES"
22C Grand'Rue,
68320 FORTSCHWIHR
03.89.47.26.88
millepattes68@gmail.com

FICHE SANITAIRE 2022/2023

NOM : _____ PRÉNOM : _____ CLASSE : _____

Médecin référent de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Spécialité : _____
Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Vaccination

A noter : veuillez également nous transmettre la photocopie du carnet de vaccination avec l'identification précise de l'enfant.

	1ère injection	Rappel 1	Rappel 2	Rappel 3	Rappel 4	Commentaire
DTP	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
BCG	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
Pneumocoque	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
ROR	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
Hépatite B	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
Neisvac	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	

Antécédents médicaux

Coqueluche __/__/__ Rougeole __/__/__ Scarlatine __/__/__
Oreillons __/__/__ Rubéole __/__/__ Varicelle __/__/__

Antécédents médicaux : _____

Interventions chirurgicales : _____

Allergies, maladies actuelles et régimes alimentaires

L'enfant est soumis à un PAI (si oui nous le transmettre avec le dossier) : OUI NON

Maladies actuelles : _____

Allergies et conduites à tenir : _____

Allergies alimentaires : _____

Régime alimentaire : sans viande sans porc végétarien (sans poisson et sans viande)

Commentaires / observations : _____
