

## ENFANT

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : ..... Garçon : ☐ Fille : ☐

Né(e) le : ..... à .....

Adresse de l'enfant : .....

**ÉCOLE FRÉQUENTÉE EN 2025 - 2026 :** .....

Maternelle ☐ Élémentaire ☐ Niveau scolaire (PS, MS, CP, CE1) : .....

École fréquentée en 2024/2025 (Nom, adresse et classe) : .....

## ■ COORDONNÉES DES 2 REPRÉSENTANTS DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Informations	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. mobile		
Tél. pro		
Tél. domicile		
Email (séparez bien les lettres pour une lecture aisée)		
Situation des parents	<input type="checkbox"/> En couple (mariés, pacsés, vie maritale) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparés ou divorcés (Joignez l'acte de décision de justice)	

## ■ ASSURANCE (Facultative mais conseillé)

Si vous en avez une assurance scolaire-périscolaire pour votre enfant, merci d'indiquer :

Nom de la compagnie : ..... N° du contrat : .....

# RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## ■ VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR TOUS LES ENFANTS

Date  
du dernier rappel

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
--------------------------------------	------------------------------	------------------------------	--

## ■ VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS À PARTIR DE 2018

Date  
du dernier rappel

Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Hépatite B	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Pneumocoque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Méningocoque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

■ Votre enfant a-t-il déjà eu la **scarlatine** ? OUI ☐ NON ☐

■ Votre enfant a-t-il déjà eu la **varicelle** ? OUI ☐ NON ☐

■ Votre enfant a des **réactions allergiques** (asthme, alimentaires),  
médicamenteuses ou autres. Précisez lesquelles : OUI ☐ NON ☐

.....

.....

■ Votre enfant a eu des **antécédents médicaux ou chirurgicaux**,  
(maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...).  
Précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre : OUI ☐ NON ☐

.....

.....

■ Votre enfant suit un **traitement médical régulier** : OUI ☐ NON ☐  
Précisez lequel :

.....

.....

■ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives,  
dentaire...)

.....

.....

■ Repas sans porc : OUI ☐ NON ☐

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

**Le projet d'Accueil Individualisé (PAI)** permet de mettre en place sur le temps de l'école et du périscolaire les aménagements nécessaires aux enfants souffrant de troubles de santé : administration de médicaments, régime alimentaire particulier...

Élaboré par le médecin traitant de l'enfant, **le PAI doit être réactualisé chaque année par ce dernier.**

● L'enfant bénéficiait-il d'un PAI en 2024/2025 ? OUI ☐ NON ☐

● Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un PAI en 2025/2026 ? OUI ☐ NON ☐

Précisez lequel : Santé ☐ Alimentaire ☐

**Merci de contacter le directeur d'école**

### ■ BESOINS SPÉCIFIQUES

#### Prise en charge handicap

Votre enfant est-il porteur d'un handicap nécessitant une prise en charge particulière (aménagements / adaptations / aide humaine) sur le temps périscolaire ?

*Si oui, fournir une notification de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH)*

OUI ☐ NON ☐

#### Autre accompagnement spécifique

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement humain spécifique sur le temps périscolaire ?

OUI ☐ NON ☐

Merci de nous signaler rapidement tout changement  
ou tout renseignement utile (téléphone, adresse, maladie,...)

### RAPPEL DES PIÈCES À JOINDRE

☐ Joindre en cas de 1<sup>re</sup> inscription à l'école 1 photo d'identité avec au dos les nom et prénom de l'enfant ;

☐ Les copies de toutes les pages VACCINS du carnet de santé de l'enfant ;

**Rappel : pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, il y a 11 maladies à vaccin obligatoire.**

*Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche - Haemophilus Influenzae de type b (HIB) -*

*Hépatite B - Pneumocoque - Méningocoque - Rougeole - Oreillons - Rubéole.*

# AUTORISATIONS PARENTALES

■ **Liste des personnes autorisées** à venir chercher l'enfant (*ces personnes doivent présenter une pièce d'identité et être âgées de + de 15 ans*)

NOM ET PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

## ■ Autres autorisations

J'autorise mon enfant **âgé de 7 ans révolus**  
à rentrer seul à la fin de l'activité

OUI ☐ NON ☐

J'autorise la prise de vues de mon enfant  
pour les publications de la ville  
(padlet, magazine, affiches, programmes,  
site internet de la ville,...)

OUI ☐ NON ☐

## SIGNATURES DES PARENTS

*A remplir obligatoirement*

Je soussigné(e)

Madame, Monsieur .....

en qualité de parent 1 ☐ parent 2 ☐ de l'enfant mentionné plus haut

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes le .....

--	--

**Données personnelles :** ces données sont collectées et stockées de façon dématérialisée par la ville de Bois-Colombes pour permettre la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Elles seront conservées pendant deux ans, durée permettant la saisie comptable des éléments et leur archivage réglementaire. Pour exercer vos droits à la consultation ou rectification, contactez la déléguée à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse [dpo@bois-colombes.com](mailto:dpo@bois-colombes.com) ou par courrier à DPO, 15 rue Charles-Duflos, 92277 Bois-Colombes cedex.

