

INSCRIPTION ANNEE 2025 / 2026



FICHE SANITAIRE DE LIAISON REMPLIR PAR LA FAMILLE

Veuillez-vous munir du carnet de santé de l'enfant pour remplire la fiche.

NOM			PRENOM		
		Poids	_		
VACCINS A jour du DT Polio				oui 🔲	NON
ALERGIES			·	OUI 🔲	NON
Si oui, lesquelles					
MALADIE	Rougeole	Rubéole 🗌	Varicelle	Coqueluche	Scarlatine
CONTRE INDICATION	ONS MEDICALES				
Médicaments					
TRAITEMENT PAR				OUI 🗍	NON
(joindre l'original					NON
ALIMENTATION C	U REGIME PARTICULIER			OUI 🔲	NON 🔲
Si oui, lequel (si ra	ison médicale, joindre le P.AI)				
L'ENFANT EST-IL P	ORTEUR D'UN HANDICAP ? I			OUI 🗍	NON 🗍
Si oui, lesquel				<u>—</u>	
L'ENFANT EST-IL D	ECLARE EN M.D.P.H?			OUI 🗌	NON
L'ENFANT A-T-IL BI	ESOIN D'ETRE ACCOMPAGNE	PAR UNE A.V.P			
(Auxiliaire de vie périscolaire / extrascolaire)				OUI 🗌	NON
	EIL (auditif, dentaire, lunettes	•		OUI 🗌	NON
OPERATIONS Si oui, lesquelles				OUI 🗌	NON
L'ENFANT EST-IL APTE A LA PRATIQUE SPORTIVE (Nautiques, plein air, motorisées, combat)				OUI 🔲	NON
	Hémophile	OUI 🗌	NON Ca	rdiaque	OUI NON
L'enfant est-il	Enurétique	oui 🗌	NON Epi	leptique	OUI NON
	Asthmatique	OUI 🗌	NON 🔲 Dia	bétique	OUI NON
Je soussigné M	AT /MME	TESTATION CER			
	égal de l'enfant				
Atteste avoir p	ris connaissance du ques	tionnaire de sa	anté et avoi	répondu par la né	gative à l'ensemble des
rubriques.					
A Aubervilliers,	/			Signature du rep	orésentant légal



INSCRIPTION ANNEE 2025 / 2026

TONUS
РНОТО
OUI NON
ompétentes
roit site
Non 🔲
es symptômes, merci de

INSCRIPTION REINSCRIPTION						
Nom: Prénom:						
Sexe: F M PHOTO						
Né(e) le : / / Age :						
Adresse:						
Établissement scolaire :						
Responsables de l'enfant :						
Mère: Nom: Prénom: Prénom:						
Adresse : Dom. : Prof. : Prof. :						
Adresse mail (obligatoire):						
N° Sécurité sociale : CMU : OUI NON						
Père : Nom : Prénom :						
Adresse:						
Tél. portable : Prof : Prof : Prof :						
N° Sécurité sociale : . CMU : OUI . NON . Noms et coordonnées de l'assurance des parents :						
Dersonne à prévenir en cas d'urganes :						
Personne à prévenir en cas d'urgence : Nom, prénom : Lien de parenté :						
Adresse:						
Numéro de téléphone :						
Information complémentaire Personnes autorisées à venir récupérer mon enfant :						
Nom/Prénom : Lien de parenté : Tél :						
Autorise les responsables du dispositif TONUS à faire le nécessaire en cas d'urgence auprès des autorités compétentes (médecin, hospitalisation, urgence). Oui Non						
Autorise le dispositif TONUS, dans le cadre des activités proposées et des conditions du stricte respect du droit à l'image, à la reproduction et à la diffusion à but non commercial de photographies de mon enfant (blog, site						
de la ville et Auber mensuel). Oui Non Non						
Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin de l'activité : Oui Non						
Si l'enfant présente de la fièvre, tousse ou les deux, s'il a été en contact avec une personne présentant des symptômes, merci c						
le garder à la maison.						
Quelques questions						
Ou avez-vous pris votre fiche d'inscription ? Quelle période des vacances ?						
Ecole Gymnases ou stades Tonus Toussaint Noël Hiver						
Autre Printemps						
Date et signature des parents ou responsable légale de l'enfant SIGNATURE DES PARENTS						
A						
Le//						