



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

ANNEE SCOLAIRE/2020-2021

important : Merci de remplir un dossier par enfant

Partie réservée à l'Administration

Inscrit-le:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom:

Prénom:

Sexe : F

M

Date et lieu de naissance:

Nationalité :

Adresse domicile:

Coordonnées téléphoniques : Père :

Mère :

École (s) fréquentée (s) précédemment :

Fratricie :

Noms et âges des frères et sœurs :

Préciser le niveau de l'enfant au moment de l'inscription :

Crèche (1 à 2 ans) Toute Petite section Petite section Moyenne section Grande section

MÈRE

Nom :

Prénom:

Situation familiale : célibataire mariée divorcée séparée veuve

Adresse domicile:

Téléphone domicile :

portable:

Téléphone Bureau :

Courriel/e-mail :

Profession/ Occupation:

Adresse complète du Bureau

PÈRE

Nom :

Prénom:

Situation familiale : célibataire mariée divorcée séparée veuf

Adresse domicile:

Téléphone domicile :

portable:

Téléphone Bureau :

Courriel/e-mail :

Profession/ Occupation:

Adresse complète du Bureau



TUTEUR - TUTRICE

Nom :

Prénom:

Adresse domicile:

Téléphone domicile :

portable:

Téléphone Bureau :

Courriel/e-mail :

Profession/ Occupation:

Adresse complète du Bureau

FICHE MEDICALE (à faire remplir par le médecin)

Je soussigné (e) Dr..... Nom et Prénoms du praticien

Certifie avoir examiné l'enfant Nom et Prénoms du patient

Né (e) le.....de sexe.....et constate :

EXAMEN CLINIQUE:

CARDIO-VASCULAIRE :.....

Neurologie.....

Locomoteur.....

O.R.L.....

Acuité auditive.....

Acuité visuelle.....O.D.....O.G.....

A JOUR DE SES VACCINATIONS

B.C.G DT POLIO HEPATITE A HEPATITE B

FIEVRE JAUNE MENINGITE ROTARIX PREVENAR

ROR AUTRES (à préciser)

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

Maladies infantiles.....

.....

Allergies.....

.....

Traitements en cours.....

.....

Autres.....

.....

Je le / la déclare **Apte / Inapte** (à entourer)

Dakar, le.....

à reprendre l'école compte tenu de la situation sanitaire
actuelle due au COVID 19 et à pratiquer une activité
physique

L'année Scolaire 20____/20____

Signature et Cachet du
Médecin

SANTÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENFANT

Afin de bien suivre votre enfant, signaler toute allergie et/ou autre problème de santé

Fiche Santé

Médecin traitant de l'enfant:

Nom:

Prénom :

Adresse :

Téléphone bureau:

Portable :

Courriel:

Personne à contacter en cas d'urgence :

Père Mère Tuteur – tutrice autre

Si autre, veuillez préciser:

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Portable :

Personne (s) autorisée (s) à venir chercher l'enfant autre que les parents :

1. Nom:

Prénom :

Tel :

2. Nom :

Prénom :

Tel :

3. Nom :

Prénom :

Tel :

Je soussigné (e), père, mère ou tuteur-tutrice, demande en cas d'urgence que notre enfant soit transporté (e) par (Préciser) :

A l'hôpital ou à la clinique suivante (Préciser) :

(Date et signature du parent, précédé de son nom)

Joindre à cette fiche individuelle d'inscription les documents suivants :

RAPPEL DES DOCUMENTS A FOURNIR

- 1 copie du carnet de vaccination à jour
- La fiche médicale à remplir par le médecin
- 1 extrait de naissance de l'enfant
- 1 certificat de radiation (pour les nouvelles inscriptions si nécessaire)
- 2 photos de l'enfant récentes
- Une copie du jugement de séparation ou de divorce pour les parents concernés

(DATE ET SIGNATURE DU PARENT, PRECEDE DE SON NOM)

Père

Mère

Tuteur – tutrice