

<b>Enfant ne peut pas être photographié</b>	
j'autorise mon enfant à être pris en vidéo dans le cadre d'atelier spécifique et de le diffuser lors de fêtes scolaire ou auprès d'autres enfants	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Catégorie socio professionnelle</b>	
<b>Merci de cocher la case correspondant à votre catégorie socio professionnelle</b>	
<p><b>REGIME GENERAL</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Salariés du secteur privé, des entreprises artisanales, commerciales / Travailleurs indépendants, Artisans commerçants et professions libérales/inactifs sans revenus de substitution/inactifs avec revenus de Substitution Régime général (retraite, pensions, chômage, maladie, maternité, AT, RSA, AAH, APE,...)/Fonction publique hospitalière/Fonction publique territoriale (mairies, conseil général et Régionale)/Agents contractuels des administrations d'Etat/Agents titulaires de la fonction Publique d'Etat/Agents titulaires de l'éducation nationale/Artistes, auteurs, compositeurs/ La poste/France Télécom/Union minière</p> <p><b>MSA</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Salariés et exploitants agricoles/Ostréiculteurs/Salariés des caves coopératives/salarié des parcs Et jardins/Aides familiaux agricoles/Salariés du crédit agricole/salariés des golfs...</p> <p><b>AUTRES REGIME</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Caisse maritime/caisse nationale de navigation intérieure/EDF GDF/SNCF et filiales/RATP</p>	

J'accepte que les informations contenues dans ce document puissent être transmises :

- Aux différents services internes de la Mairie
- Au trésor public en cas de recouvrement public
- Aux pompiers et service hospitalier en cas d'accident
- A la CAF en cas de contrôle

Fait à

, le

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

RENSEIGNEMENT MEDICAL		
VACCINS OBLIGATOIRES	Dernières vaccinations	Prochaines Vaccinations
Diphthérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Ou DT polio		
Ou Tétracoq		
BCG		
<b>VACCINS RECOMMANDES</b>		
Hépatite B		
Rubéole-oreillons Rougeole		
Coqueluche		
Autres (préciser)		
<b>Maladies</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Coqueluche		
Scarlatine		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		
		<b>Commentaires</b>

Commentaires et conduite à tenir :	
Allergies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement médical : fournir un certificat médical</li> <li>• PAI : merci de le transmettre au service périscolaire</li> </ul>
<b>Merci de nous fournir Une photo d'identité</b>	
Alimentaires	
Asthme	
Médicamenteuses	
Autres	