



## BULLETIN D'INSCRIPTION

### Famille

TRADITIONNELLE/COHABITANTE     MONOPARENTAL E     RECOMPOSEE

Téléphone fixe : .....

Email : .....

#### ❖ Père

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

GSM : .....

Téléphone direct au travail : .....

Indépendant     Salarié     Fonctionnaire statutaire  
 Fonctionnaire contractuel     Autres : .....

#### ❖ Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

GSM : .....

Téléphone direct au travail : .....

IndépendantE     SalariéE     Fonctionnaire statutaire  
 Fonctionnaire contractuelle     Autres : .....

### Médecins

	Médecin traitant	Pédiatre
NOM		
Téléphone		
GSM		

### Autres contacts

Nom/Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Clé de la maison :oui/NON

Nombre d'enfants dans le ménage : .....

Animaux de compagnie (NOMS):.....  
.....

Remarques sur la maison et le jardin :.....  
.....

### Revenus

- Je m'engage à faire parvenir au service ma déclaration de revenus (fiches de salaire RECENTES et/ou extrait de rôle)
- J'autorise le service à disposer de ma déclaration de revenus de l'ASBL « Les Arsouilles » ou l'ASBL « Sambrilou »

Nom de l'accueillante :

- J'accepte d'être facturé au taux maximum
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur et m'y conformer.

SIGNATURES

## Enfant

Vignette de mutuelle

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro NISS / registre national : .....

Milieu de garde:  Ecole  Crèche  ACCUEILLANTE

Handicap et maladie chronique : .....

Comment définissez-vous VOTRE enfant lorsqu'il est en bonne santé ?

.....

A quoi faut-il accorder une surveillance particulière ?

.....

### Renseignements médicaux

Vaccins en ordre : oui – non

Intolérance à certains médicaments : oui – non Si oui, lesquels ?

.....

Allergie : oui – non Si oui, lesquels ?

.....

Risques de convulsions : oui – non Si oui, date des dernières :

Risques d'épilepsie : oui – non Si oui, date des dernières :

Maladies antérieures importantes :

.....

Opérations antérieures (date et conséquences EVENTUELLES) :

.....

Soins par homéopathie : oui – non

### Habitudes

Sieste : oui – non. Rem : .....

Avec quoi l'enfant dort-il ? : .....

Obscurité  Lumière

Rituel : ..... Position habituelle : .....

1 ans test de la mort subite ? oui – non Propre : oui – non.....

### Activités préférées

.....

.....