



Adresse : Kipe, Conakry - Republique de Guinee
Phone : +224.611.16.14.14
Email : info@academieadm.com

FICHE D'INSCRIPTION

Identification de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant : _____

Adresse complète : _____

N° de téléphone : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

Langue(s) parlée(s) et comprise(s) : _____

Date d'admission au SG : _____

Journées de fréquentation prévues :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Heure d'arrivée							
Heure de départ							

Identification des parents

Mère/tuteur ou tutrice

Nom et prénom : _____

Même adresse que l'enfant : Oui Non

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) : _____

N° de téléphone (maison) : _____

N° de téléphone (cellulaire) : _____

N° de téléphone (travail) : _____

Père/tuteur ou tutrice

Nom et prénom : _____

Même adresse que l'enfant : Oui Non

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) : _____

N° de téléphone (maison) : _____

N° de téléphone (cellulaire) : _____

N° de téléphone (travail) : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents) :

Nom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

Renseignements sur la santé de l'enfant :

Numéro d'assurance maladie : _____ Exp. : _____

A-t-il des problèmes de santé qui nécessitent des soins particuliers? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Prend-il des médicaments de façon régulière? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Effets secondaires possibles de ces médicaments : _____

A-t-il reçu tous ses vaccins? Oui Non

La vaccination est-elle à jour? Oui Non

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (médicaments ou aliments)? Oui Non

Si oui, lesquelles? _____

** Un papier médical est nécessaire pour chaque allergie mentionnée.*

Y a-t-il des dispositions à prendre pour sa santé selon les maladies et/ou allergies mentionnées plus haut en cas d'urgence? Oui Non

Si oui, lesquelles? _____

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet de la santé de votre enfant?

Oui Non

Si oui, quoi? _____

Nom du pédiatre et/ou du médecin de famille : _____

Adresse : _____

_____ N° de téléphone : _____

Les renseignements contenus dans cette fiche sont exacts et je m'engage à vous informer de tout changement.

Signature du parent : _____ Date : _____

Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures organisées par la responsable du service de garde (sorties au parc, marches dans le quartier).

Signature du parent : _____ Date : _____

J'autorise la responsable du service de garde à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour la santé et la sécurité de mon enfant.

Y a-t-il des dispositions à prendre en cas d'urgence (ambulance, hôpital, premiers soins)? Si oui, lesquelles?

Signature du parent : _____ Date : _____