


## FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	      * A fournir si manquant.
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLES LEGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON
Appareillage	Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a t'il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON
Handicap	Réponse
<b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? <b>Votre enfant a-t-il une aide Aeeh de la caf</b> <b>Si oui fournir l'attestation CAF</b>	OUI / NON OUI / NON

Information médicale et Pratique alimentaire		Réponse
<b>SANS PORC</b>		OUI / NON
<b>PAI</b>		OUI / NON
Allergies	Pratiques alimentaires	

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES	
<b>RESTAURATION SCOLAIRE</b>	OUI / NON
<b>ACCUEIL MATIN</b>	OUI / NON
<b>ACCUEIL SOIR</b>	OUI / NON
<b>ACCUEIL DE LOISIRS MERCREDI</b>	OUI / NON
<b>ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES SCOLAIRES</b>	OUI / NON

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- JUSTIFICATIF DE DOMICILE
- LIVRET DE FAMILLE
- COPIE DU CARNET DE VACCINATION
- ATTESTATION CAF ou ATTESTATION MSA Avis d'imposition sur le revenu N-2
- JUGEMENT DE DIVORCE OU JUSTIFICATIF DE SEPARATION (Si séparation des parents)
- PAI
- CERTIFICAT DE RADIATION (Si l'enfant est déjà scolarisé)

## ATTESTATION

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toutes modifications concernant cette fiche.
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance des personnes couvrant les dommages corporels.
- Attestons être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés sur ce formulaire.
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance, au tiers lésé sur sa demande.

Autorisons à communiquer nos données personnelles (Adresse postale ou mail)

OUI / NON

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement