FICHE D'INSCRIPTION

2022-2023

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

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	**Responsable 2**
Nom :	**Nom :**
Prénom :	**Prénom :**
Profession :	**Profession :**
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	**Situation familiale :** Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : :	**Date de naissance : :**
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	**Adresse :**
Email :	**Email :**
Tél. :	**Tél. :**
Portable :	**Portable :**
Tél. Pro. :	**Tél. Pro. :**

PERSONNES A CONTACTER
Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		**Contact**	
Nom :		**Nom :**	
Prénom :		**Prénom :**	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		**Tél. :**	
Portable :		**Portable :**	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	**Appel en cas d'urgence :**	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	**Autorisé à récupérer l'enfant :**	OUI / NON

Contact		**Contact**	
Nom :		**Nom :**	
Prénom :		**Prénom :**	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		**Tél. :**	
Portable :		**Portable :**	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	**Appel en cas d'urgence :**	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	**Autorisé à récupérer l'enfant :**	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	**Réponse**
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment dâtée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : 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
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : 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
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Maladie	Date maladie	Observation

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Justificatif domicile

- Attestation CAF

- Attestation assurance scolaire

- Carnet de santé

ATTESTATION

Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de lintérêt à souscrire un contrat dassurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas dincident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur lhonneur être titulaires de lautorité parentale et certifions sur lhonneur les renseignements portés par ce formulaire.

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

*** A remplir obligatoirement**