




FICHE D'INSCRIPTION

2020-2021

| 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 : |
| 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 datée 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 |
|-------------------|---------------|-------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- 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,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

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

*** A remplir obligatoirement**