



# FICHE D'INSCRIPTION

## 2020-2021

ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	

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)
Situation familiale : Marié / Divorcé / Pacsé / Autre (Précisez)	
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

Indiquez le nombre de personnes à charge au foyer :	
---	--

**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
<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) ?	OUI / NON

<b>Données complémentaires</b>
--------------------------------

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, 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

PAI	Réponse
Votre enfant est atteint d'une maladie chronique qui peut nécessiter au cours de l'accueil de loisirs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une prise de médicament quotidienne ou en urgence</li> <li>- Des aménagements spécifiques</li> <li>- La prescription d'un régime alimentaire</li> </ul>	OUI / NON  <b>Si oui, merci de remplir le document Projet d'Accueil Individualisé</b>

**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

**Merci de fournir votre avis d'imposition, ainsi que la dernière page du règlement intérieur signé**