



NOM et PRENOMS DE L'ENFANT :

Sexe féminin masculin Né(e) le : à

COLLEGE : COMMUNE :

Classe : 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} Autre Précisez :

N° d'assurance responsabilité civile (**obligatoire**) :

Coordonnées de la compagnie :

N° de sécurité social :

Composition de la famille : Nombre d'Adultes : Nombre d'enfant :

VACCINATIONS : Votre enfant est-il vacciné ?

OUI, veuillez joindre l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour l'inscription (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical)..",

NON*, Pourquoi votre enfant n'est-il pas vacciné ?

.....

**Un enfant doit être vacciné (sauf contre-indication médicale) contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) pour pouvoir être inscrit.*

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases) :

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il des allergies, si oui lesquelles (obligation d'un Projet d'Accueil Individualisé)

Nom du médecin traitant et adresse

Téléphone

OBSERVATIONS (ex: contre-indication médicale, régime alimentaire etc...)

N° ALLOCATAIRE CAF : ou MSA :

RENSEIGNEMENT SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM et PRENOMS DU PERE :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone Domicile : Portable : Email :

Profession Téléphone Professionnel :

Nom et adresse de l'employeur :

NOM et PRENOMS DE LA MERE :

NOM JEUNE FILLE :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone Domicile : Portable : Email :

Profession Téléphone Professionnel :

Nom et adresse de l'employeur :

SITUATION MATRIMONIALE : Marié Divorcé Célibataire Autre :

EN CAS DE SEPARATION :

Garde alternée : OUI* NON

*Si oui, merci de bien vouloir nous transmettre une copie du jugement de garde

PAYEUR PAR DEFAUT (En cas de prélèvement ou non) : PERE MERE

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS :

Seuls les parents exerçant l'autorité parentale et les personnes dûment mandatées par eux peuvent retirer les enfants au plus tard à la fin de la période normale de fonctionnement des structures.

PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL. DOMICILE	TEL. TRAVAIL

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL. DOMICILE	TEL. TRAVAIL

SEULES LES PERSONNES NOTEES SUR CETTE FICHE SERONT AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

PRE - INSCRIPTION AUX ACTIVITES EXTRASCOLAIRES :

PERIODES	ACCUEIL DE LOISIRS
MERCREDIS	
PETITES VACANCES	
GRANDES VACANCES	

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul des accueils : OUI NON

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise mon enfant

À être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photos et/ou vidéos effectué pour les accueils péri et extrascolaires de Sainte Feyre lors des ateliers éducatifs.

À utiliser la diffusion de ces photographies et/ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions sur notre page **FACEBOOK**.

AUTORISATION DE SOIN :

Je soussigné (e)

Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant

AUTORISE le responsable à donner les soins médicaux nécessaires et en cas d'urgence à appeler le médecin ou les pompiers, et **M'ENGAGE** à régler les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

<p>PRELEVEMENT AUTOMATIQUE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Joindre un RIB ou un RIP</p>

Date.....
Signature précédée de la mention
"Lu et approuvé" rédigée à la main