FICHE D'INSCRIPTION



Mercredi 7 avril et durant les vacances scolaires du 12 au 26 avril 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. :** |

|  |
| --- |
| **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 ***(par mesure de sécurité, nous ne pourrons pas accueillir votre enfant si nous n’avons pas cette autorisation)*** | 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

Inscriptions et horaires de besoins de garde :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Mercredi 7 avril |  |  |  |  |
| Présent |   |  |  |  |  |
| Structure | Maisse | Milly Elems |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **semaine 1** | lundi 12/04 | mardi 13/04 | mercredi 14/04  | jeudi 15/04 | vendredi 16/04 |
| Horaire arrivée |   |   |   |   |   |
| Horaires départ  |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **semaine 2** | lundi 19/04 | mardi 20/04 | mercredi 21/04  | jeudi 22/04 | vendredi 23/04 |
| Horaire arrivée |   |   |   |   |   |
| Horaires départ  |   |   |   |   |   |

MERCI DE FOURNIR A VOS ENFANTS UN REPAS FROID OU PIQUE-NIQUE AINSI QU’UN GOUTER

|  |
| --- |
| **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 :* Une prise de médicament quotidienne ou en urgence
* Des aménagements spécifiques
* La prescription d’un régime alimentaire
 | OUI / NON**Si oui, merci de remplir le document Projet d’Accueil Individualisé** |

Nous soussignés (\*),

**ATTESTATION**

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

Afin de procéder à l’inscription de vos enfants, merci de nous fournir un justificatif employeur