

ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de Naissance :	
A :	
Nom de l'école :	
Classe en septembre 2022 :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro :

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 :
Adresse employeur :	Adresse employeur :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

Indiquez le nombre de personnes à charge au foyer : (totalité du foyer : parents + enfants)	
--	--

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 (de plus de 6 ans) quitte seul la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. (si l'enfant ne peut pas pratiquer certaines activités physiques, merci de joindre un certificat de contre-indication)	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 <i>(par mesure de sécurité, nous ne pouvons pas accueillir votre enfant si nous n'avons pas cette autorisation)</i>	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

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, l'autorisation de droit à l'image ainsi que la dernière page du règlement intérieur signé