

RESPONSABLE 1 (PAYEUR POUR FACTURATION)

NOM - Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : Domicile _____ Portable _____
Mail : _____ @ _____
N° Sécurité Sociale _____ Régime : _____
CAF de _____ **N° allocataire obligatoire :** _____
Qualité : Père Mère Tuteur
Situation de famille : Marié Divorcé Séparé Concubinage Veuf
Employeur : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____

RESPONSABLE 2

NOM - Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : Domicile _____ Portable _____
Mail : _____ @ _____
N° Sécurité Sociale : _____ Régime : _____
Qualité : Père Mère Tuteur
Employeur : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____

FAMILLE

Autres enfants à charge, indispensable pour le calcul du quotient familial.

NOM - Prénom	Date de Naissance	Classe
1		
2		
3		

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU D'ABSENCE
ET AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT (AUCUNE PERSONNE MINEURE)

NOM - Prénom	Adresse complète	N° téléphone	Parenté

PENSEZ A PREVENIR DE TOUT CHANGEMENT (Téléphones, adresse, ...)

Je soussigné(e) : _____
domicilié(e) _____
représentant(e) légal de l'enfant : _____
né(e) le : _____ en classe de : _____

- l'autorise à participer à toutes les activités et sorties relatives à l'inscription demandée,
- certifie exactes toutes les informations fournies au dossier d'inscription, et s'engage à **signaler tout changement** (adresse, téléphone, maladie, ...)
- certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'accueil périscolaire et des accueils de loisirs proposés par la Commune et m'engage à les respecter,
- m'engage à signaler à la Commune tout changement de situation pouvant entraîner une modification du quotient familial (naissance, changement d'emploi...),
- m'engage, suivant les modalités précisées à l'inscription, à régler les sommes dues et **rendre le planning d'inscription/annulation en mairie dans les délais fixés,**
- autorise mon enfant à quitter seul les activités choisies aux horaires de fermeture
PERISCOLAIRE : OUI NON **MERC. LOISIRS** : OUI NON
ACCUEIL DE LOISIRS (vacances) : OUI NON
- autorise les responsables à photographier mon enfant lors des activités et sorties
OUI NON
- autorise les responsables à filmer mon enfant lors des activités et sorties
OUI NON
- autorise la commune à diffuser sur son site les photos/vidéos de mon enfant
OUI NON
- autorise la commune à diffuser sur son bulletin municipal les photos de mon enfant
OUI NON
- autorise la commune à diffuser sur l'ensemble de ses réseaux sociaux les photos/vidéos de mon enfant
OUI NON

Fait à _____

Le _____

Signature :

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
 Date de Naissance : _____ FILLE GARCON
 Lieu de Naissance : _____ Classe : _____ Ecole : _____

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

NOM : _____
 N° contrat : _____

Joindre attestation d'assurance mentionnant les garanties extrascolaires : **responsabilités civile et individuelle accident.**

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé et **FOURNIR LES PHOTOCOPIES des vaccins obligatoires**)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant: NOM : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : _____

Groupe Sanguin :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (rayer les mentions inutiles)

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatismes		Scarlatine	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Coqueluche		Otites		Rougeole		Oreillons		Asthme	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

Indiquez ici **LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**

TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON **PAI** : OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquées au nom de l'enfant avec son poids)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

ALLERGIES

Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
 Alimentaires OUI NON Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

REGIMES

Régime sans porc : OUI NON Autres :
 Projet d'accueil individualisé (PAI) : OUI NON (fournir protocole médical, repas, trousse secours)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant autorise le responsable des accueils périscolaire et de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature _____