

DOSSIER D'INSCRIPTION - Année Scolaire 2017 -2018

Merci de cocher le ou les services utilisés par vos enfants*

TAP
Periscolaire
ALSH
Restauration

FICHE DE RENSEIGNEMENT

ENFANT

Nom : _____ Assurance et N° : _____
Responsabilité civile

Prénom : _____

Né(e) le : _____

Ets Scolaire : _____

RESPONSABLE LÉGAL : PÈRE

Nom(s) / Prénom(s) : _____ N° Sécurité Sociale : _____
Adresse : _____ N° CAF : _____
CP / VILLE : _____ N° MSA : _____
tél : _____ **Situation de Famille:**
Portable Célibataire Divorcé Marié Veuf-ve En couple
Email : _____
Profession: _____
tél Employeur : _____

* rayer la mention inutile

RESPONSABLE LÉGAL : MERE

Nom(s) / Prénom(s) : _____ N° Sécurité Sociale : _____
Adresse : _____ N° CAF : _____
CP / VILLE : _____ N° MSA : _____
tél : _____ **Situation de Famille:**
Portable Célibataire Divorcé Marié Veuf-ve En couple
Email : _____
Profession: _____
tél Employeur : _____

DÉPLACEMENT DE L'ENFANT

AUTORISATION DE RETOUR SEUL(E)	OU	NON AUTORISÉ(E) À PARTIR SEUL(E)
Personne habilitée à venir chercher le ou les enfants	NOM Prénom : _____ NOM Prénom : _____ NOM Prénom : _____ NOM Prénom : _____	Tél. : _____ Tél. : _____ Tél. : _____ Tél. : _____
** (indiquer la situation par rapport à l'enfant : conjoint, grand-parents, oncle, ami, ...)		<i>Situation **</i>

JE SOUSSIGNÉ M. OU MME.....
RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT.....
DÉCLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.
AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et activités proposées par le centre de loisirs
AUTORISE le centre de loisirs à prendre en photo ou à filmer mon enfant, dans le cadre des activités et pour le site Internet.
AUTORISE le centre de loisirs à faire hospitaliser mon enfant en cas d'ACCIDENT GRAVE

★ Pièces à fournir :

Attestation CAF ou numéro d'allocataires
Bons MSA
Certificat Médical aptitude aux activités sport et non contagion
Photocopie attestations cartes vitales
Responsabilité civile

Fait à :
Le :
SIGNATURE

* Si vos enfants utilisent des services différents (TAP, periscolaire, ALSH),
Merci de bien vouloir remplir une fiche sanitaire par enfant.

MÉDECIN TRAITANT :
 Nom :
 TÉL :

NOUS NE SOMMES PAS AUTORISÉS À DONNER DES MÉDICAMENTS AUX ENFANTS

RENSEIGNEMENTS ENFANT (Mon ou mes enfants sont à jour de leurs vaccinations)

NOM :
 PRÉNOM :

 Date de naissance :

DERNIÈRES VACCINATIONS	
BCG	Le :
DT POLIO	Le :
R.O.R	Le :
HÉPATITE	Le :
AUTRES	Le :

<u>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</u> Maladies déjà contractées <i>Rayer les mentions inutiles</i>	RUBÉOLE
	VARICELLE
	SCARLATINE
	COQUELUCHE
	OTITES
	ROUGEOLE
	OREILLONS
	ASTHMES
Autre :	

Traitement médical actuel	
---------------------------	--

ALLERGIES <i>Si allergie merci de fournir une photo de votre enfant</i>	
--	--

Mon enfant sait nager :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
-------------------------	--

Renseignements supplémentaires :

Signature du responsable légal :