



# FICHE D'INSCRIPTION

## 2023-2024



ENFANT	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
N° de sécurité sociale de rattachement :	
Date de naissance :	

### COMPOSITION DE LA FAMILLE

RESPONSABLES LEGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lien : père – mère – autres (précisez)	Lien : père – mère – autres (précisez)
Situation : marié -célibataire – concubin – autres	Situation : marié -célibataire – concubin – autres
Adresse complète :	Adresse complète :
Email :	Email :
Portable :	Portable :
Profession :	Profession :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

FRERE(S) & SŒUR(S)	
Enfant 1	Enfant 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Sexe :	Sexe :
Date de naissance :	Date de naissance :
Enfant 3	Enfant 4
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Sexe :	Sexe :
Date de naissance :	Date de naissance :

PERSONNES A CONTACTER					
Contact 1			Contact 2		
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Lien : père – mère – autres (précisez)			Lien : père – mère – autres (précisez)		
Tél. :			Tél. :		
Portable :			Portable :		
Appel en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Appel en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contact 3			Contact 4		
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Type : père – mère – autres (précisez)			Type : père – mère – autres (précisez)		
Tél. :			Tél. :		
Portable :			Portable :		
Appel en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Appel en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES		
Autorisations	Réponse	
<b>Partir seul :</b> Nous autorisons notre enfant a quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Prise de photo :</b> 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.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Sport :</b> Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Hospitalisation :</b> 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	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Appareillage	Réponse	
<b>Lunettes :</b> Mon enfant porte des lunettes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Appareil dentaire :</b> Mon enfant porte un appareil dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Appareil auditif :</b> Mon enfant porte un appareil auditif	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Handicap	Réponse	
<b>Handicapé :</b> Mon enfant est reconnu porteur d'un handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin traitant	Téléphone	Spécialiste
		<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autres spécialiste

Allergies

Pratiques alimentaires
<input type="checkbox"/> Aucune contre-indication <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> PAI

VACCINATIONS					
Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétra coq				Autres (préciser)	

L'enfant suit un traitement médical sur le long terme (PAI, Asthme, protocole allergie, ...)		
Raison du traitement	Liste des médicaments et posologie	Conduite à tenir ou conseil

*Pensez à joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Sans ordonnance aucun médicaments ne pourra être administrés.*

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :					
Rubéole		Varicelle		Angine	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine		Coqueluche	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rougeole		Oreillons			
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

Remarques complémentaire : (propreté, asthme, ...)

---



---



---

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie les documents à jour suivants

- Fiche d'inscription
- Fiche d'inscription annuelle ou mensuelle
- Photocopie des vaccins de l'enfant (carnet de santé)
- Page 9 du règlement intérieur signé
- Copie recto verso de la pièce d'identité de chaque représentant légal
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Copie de votre dernier avis d'imposition sur les revenus
- Photo de l'enfant
- Attestation de droit à l'assurance maladie (à télécharger sur votre compte ameli.fr)
- Si responsables légaux séparés joindre un calendrier de garde

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 :	

## Coordonnées du pôle jeunesse Doris BILLER

03 89 20 90 48

06 47 09 78 43

[periscolaire@saintcroixenplaine.fr](mailto:periscolaire@saintcroixenplaine.fr)

[www.saintcroixenplaine.fr](http://www.saintcroixenplaine.fr)