

Fiche d'inscription et de renseignements

■ ENFANT

Nom Prénom Garçon Fille
Date et lieu de naissance Etabl. scolaire Classe
Adresse domicile Code postal Commune

Régime alimentaire de

l'enfant

■ RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT (précisez ci-dessous, en sélectionnant Parent 1 et 2) Situation familiale

	Parent 1 :	Parent 2 :
NOM - PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
N° téléphone professionnel		

Régime allocataire

CAF : n° allocataire (7 chiffres)

MSA : n° allocataire

Fournir l'attestation de Quotient Familial

Quotient Familial

€

Quotient Familial

€

A défaut



Revenu Fiscal Référence

€

Nb part

Quotient Familial

€

Fournir l'avis d'imposition

■ AUTORISATIONS

	Oui	Non
J'autorise le centre de loisirs éducatif à consulter mon dossier allocataire sur le site Internet de la Caisse d'Allocations Familiales afin de définir le tarif *Si vous refusez l'accès au service Consultation des Données Allocataires par les Partenaires, vous devez impérativement nous fournir votre attestation de quotient familial en cours de l'organisme qui verse les prestations familiales (CAF, MSA...), à défaut votre dernier avis d'imposition. Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.		
J'autorise mon enfant à partir seul.		
J'autorise le centre de loisirs éducatif à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique, pour la présentation et l'illustration des activités du centre à durée indéterminée. Une exploitation de ces photos et de ces vidéos est à but non commercial.		
J'autorise le responsable du centre de loisirs ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.		
J'autorise mon enfant à prendre le bus ou le minibus lors des sorties.		

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité sera demandée) :

Nom - Prénom Téléphone Lien de parenté
Nom - Prénom Téléphone Liendeparenté
Nom - Prénom Téléphone Lien de parenté



N° de Sécurité Sociale de l'assuré(e)

N° de Sécurité Sociale de l'enfant

Nom de l'assurance EXTRASCOLAIRE

[\(joindre justificatif\)](#)

N° de police

■ **SANTÉ DE L'ENFANT**

Vaccinations [\(joindre les copies des pages de vaccinations du carnet de santé de votre enfant ou des certificats de vaccination\)](#)

Renseignements médicaux de l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.

Votre enfant est-il : **Asthmatique ?** Oui Non **Allergique ?** Oui Non

Si oui, s'agit-il d'une allergie médicamenteuse ? Oui Non **Alimentaire ?** Oui Non

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier qui nécessite la fourniture du repas par vos soins ? Oui Non

Autres allergies

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

Existe-t-il un P.A.I. à l'école ? Oui Non

Si oui, j'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre connaissance du PAI établi avec l'école Oui Non

Indiquez ci-après : Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH Oui Non
ou en cours de diagnostic ?
Si votre enfant est en situation de handicap Oui Non (Joindre la notification MDPH)

→ **Si oui, une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil.**

Les **antécédents** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.

Médecin traitant

Cocher si pas de médecin traitant

Nom Prénom Téléphone

Adresse CP Commune

Je reconnais avoir pris connaissance du projet pédagogique, du règlement intérieur ainsi que la tarification en cours et autorise que mon enfant participe à toutes les activités, y compris les baignades et les sorties organisées par le centre de loisirs.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

Fait à Date Signature