

Fiche d'inscription 2023/2024

Joindre à cette fiche d'inscription :

- photocopie des vaccins
- attestation d'assurance extrascolaire

L'enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin : Féminin :
Ecole : Classe :

Fréquentation

Mercredi Garderie Vacances Restaurant scolaire Secteur jeunes (11-17 ans)

Responsables de l'enfant

Père Mère Responsable légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP et ville :

 Personnel



@

Professionnel

Profession :

Lieu :



Situation familiale :

En cas de divorce, indiquer le tuteur légal (avec justificatif) :


Régime (Général, MSA, ...) :

N° d'allocataire CAF (obligatoire pour la facturation ou tarif 3 appliqué) :

Autorisations

Personnes autorisées à reprendre l'enfant (une pièce d'identité sera demandée)

Nom : Prénom : Qualité : 

Nom : Prénom : Qualité : 

Nom : Prénom : Qualité : 

Nom : Prénom : Qualité : 

Nom : Prénom : Qualité : 

Nom : Prénom : Qualité : 

L'enfant peut-il être pris en photos ou en vidéos ? Oui Non

Peut-on les diffuser sur le journal et les réseaux sociaux de la mairie (sans floutage) ? Oui Non

Réservé au Secteur jeunes

Est-il autorisé à rentrer seul ?

Oui Non

Service Jeunesse



Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant :



.....

Vaccination Fournir les photocopies du carnet de santé

Réservé au Secteur jeunes
Est-elle réglée ?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies Asthme : Oui Non Autres : Oui Non
Alimentaire : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

.....
.....

Difficultés de santé

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accidents, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

.....
.....

Peurs / Appréhensions / Régimes alimentaires

Votre enfant a-t-il des peurs, des appréhensions et/ou un régime alimentaire particulier que vous souhaiteriez communiquer à l'équipe?

.....
.....

Port de lunettes, de prothèses auditives, dentaires ou autres

Votre enfant porte-il : Des lunettes : Oui Non

Des prothèses auditives : Oui Non

Des prothèses dentaires : Oui Non

Autres :

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant

déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service jeunesse à prendre, le cas échéant toutes mesures (hospitalisation....) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, conjointement tout sera mis en oeuvre pour prévenir les parents rapidement.

Date:

Signatures des responsables: