



FICHE D'INSCRIPTION

2021-2022

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE	
Assureur :	
Numéro Contrat :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts	
Contact	Contact
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON

Nouveaux contacts	
Contact	Contact
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES		
Autorisations		Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).		OUI / NON
Prise de photo : 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.		OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.		OUI / NON
Hospitalisation : 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		OUI / NON

Appareillage		Réponse
Lunettes : Votre enfant a t'il besoin de porter des lunettes ?		OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil dentaire ?		OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil auditif ?		OUI / NON

Handicap		Réponse
Handicapé : Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?		OUI / NON

Données complémentaires	
sait nager :	

Informations médicales

Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies	Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPh)		
Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Photocopie de 2 justificatifs de domicile de moins de 3 mois
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la pièce d'identité du parent demandant l'inscription
- Attestation assurance

ATTESTATION

Nous soussignés (*)	
Responsables légaux de l'enfant (*)	

- 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 :	

* A remplir obligatoirement