



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PRÉINSCRIPTION 2023-2024

ENFANT
Identité
Nom :
Prénoms :
Sexe :
Naissance :
A :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE
Assureur :
Numéro Contrat :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Date de naissance	Date de naissance
Prénom :	Prénom :
Situation familiale :	Situation familiale :
Profession :	Profession :
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	Maladie	Date maladie	Observation
Diphhtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)					
Diphhtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)					
Diphhtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B					
Diphhtérie, 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
- Photocopie vaccins

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