

# FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES 2020/2021

ENFANT(S)			
NOM :		NOM :	
PRENOM :		PRENOM :	
SEXE :		SEXE :	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :		DATE ET LIEU DE NAISSANCE :	
NOM :		NOM :	
PRENOM :		PRENOM :	
SEXE :		SEXE :	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :		DATE ET LIEU DE NAISSANCE :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom:	Prénom:
Type : père / mère / autre (préciser)	Type : père / mère / autre (préciser)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tel :	Tel :
Portable :	Portable :
Tel. Pro :	Tel. Pro :

PERSONNES A CONTACTER	
Contact 1	Contact 2
Nom :	Nom :
Prénom:	Prénom:
Type : père / mère / autre (préciser)	Type : père / mère / autre (préciser)
Tel :	Tel :
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 COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponses
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (à joindre avec cette fiche)	OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, sur internet ou dans la presse, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures	OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le personnel de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponses (si oui indiquer le prénom de l'enfant concerné en cas de fratrie)
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse (si oui indiquer le prénom de l'enfant concerné en cas de fratrie)
Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)	OUI / NON

INFORMATIONS MEDICALES
Médecin traitant :
Tel :

**\* Allergies :**

En cas d'allergie alimentaire, préciser si votre enfant fait l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

**\*Vaccinations :**

Fournir une copie du carnet de vaccination

INSCRIPTION AUX SERVICES (cocher les cases correspondantes)		
Activité	Fréquentation régulière	Fréquentation occasionnelle
Repas (50€ par mois si fréquentation régulière / 4€ le repas si fréquentation occasionnelle)		
Garderie matin (0.40€ par ¼ d'heure)		
Garderie soir (0.40€ par ¼ d'heure)		

**DOCUMENTS A FOURNIR**

- fournir un RIB + une autorisation de prélèvement en cas de première inscription ou de modification de coordonnées
- attestation d'assurance de responsabilité civile

**ATTESTATION :**

Nous soussignés .....

Responsables légaux de(s) (l')enfant(s) : .....

- certifions avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services périscolaires,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurances de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le personnel 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 sur ce formulaire.

Responsable 1		Responsable 2	
Fait à		Fait à	
Date		Date	
Signature		Signature	