**FICHE D'INSCRIPTION**

**AUX SERVICES PERISCOLAIRES**

**2021/2022**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFANT(S)** | | | | |
| **NOM :** |  | **NOM :** |  |
| **PRENOM :** |  | **PRENOM :** |  |
| **SEXE :** |  | **SEXE :** |  |
| **DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** |  | **DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** |  |
| **CLASSE :** |  | **CLASSE** |  |
| **NOM :** |  | **NOM :** |  |
| **PRENOM :** |  | **PRENOM :** |  |
| **SEXE :** |  | **SEXE :** |  |
| **DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** |  | **DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** |  |
| **CLASSE :** |  | **CLASSE :** |  |

|  |
| --- |
| **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** |
| **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 (à 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, 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 |
| **Sport :** Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure | OUI / NON |
| **Hospitalisation** : 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)** |
| **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 (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 Protocle 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 (0.80 € le premier ¼ d’heure intégrant le prix du goûter et ensuite 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')enfants(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 |  |