

ENFANT

NOM	PRENOM	SEXE	
DATE DE NAISSANCE	AGE	CLASSE	LIEU DE SCOLARITE

RESPONSABLE

CIVILITE	NOM	PRENOM
LIEN DE PARENTE	SITUATION FAMILIALE	

FACTURATION

ADRESSE DE DISTRIBUTION

CODE POSTAL	VILLE
EMAIL	

CONTACTS

TELEPHONE DOMICILE	TELEPHONE PROFESSIONNEL
MOBILE	MOBILE PROFESSIONNEL

CONJOINT

CIVILITE	NOM	PRENOM

CONTACTS

TELEPHONE DOMICILE	TELEPHONE PROFESSIONNEL
MOBILE	MOBILE PROFESSIONNEL

DONNEES ALLOCATIONS

NUMERO CAF	NUMERO MSA OU AUTRE
QUOTIENT FAMILIAL	QUOTIENT MSA OU AUTRE

SITUATION PROFESSIONNELLE

PROFESSION RESPONSABLE	PROFESSION CONJOINT
EMPLOYEUR (public ou privé)	EMPLOYEUR (public ou privé)
LIEU DE TRAVAIL	LIEU DE TRAVAIL

PERSONNES AUTORISES A RECUPERER L'ENFANT

NOM PRENOM	LIEN DE PARENTE	NUMERO DE TELEPHONE

INFORMATIONS SANITAIRES

ALLERGIES / INTOLERANCES				
	OUI	NON	COMMENTAIRES / SIGNES ANNONCIATEURS	ACTION A MENER
ALIMENTS				
MEDICAMENTS				
ANIMAUX				
PLANTES				
POLLEN				
ASTHME				
PAI				
AUTRES				
MALADIE INFANTILE		INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (port de lunettes, appareil dentaires, appareil auditif, handicap)		
RUBEOLE			
VARICELLE				
SCARLATINE				
COQUELUCHE				
OTITE				
ROUGEOLE				
OREILLONS				

NOM DU MEDECIN TRAITANT : NUMERO DE TELEPHONE :

SOUHAIT DU LIEU D'HOSPITALISATION :

Les personnes responsables de la prise en charge de l'enfant sont autorisées à prendre toute mesure nécessaire à la protection et à la santé de mon enfant (intervention urgente ou médicale).

oui	non	ATTESTATION SUR L'HONNEUR
		J'atteste que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires.
		J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure.
		J'autorise mon enfant à partir seul du local jeune / centre de loisirs.
		J'autorise, dans les supports de communication EXTERNE et INTERNE l'utilisation de l'image et de la vidéo de mon enfant lors des activités (Blog, journal, diffusion aux familles, exposition, activités photos)
		J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport mis en place par la structure lors des déplacements
PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION / SEUL UN DOSSIER COMPLET SERA ENREGISTRE		
<input type="checkbox"/> N° CAF / ATTESTATION MSA (à nous le fournir en janvier) / ATTESTATION QUOTIENT FAMILIAL (mis à jour en janvier et en juillet) <input type="checkbox"/> PHOTOCOPIE DES VACCINS <input type="checkbox"/> ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PRECISANT LE NOM DE VOTRE ENFANT <input type="checkbox"/> ATTESTATION DE L'ASSURANCE MALADIE PRECISANT LE NOM ET PRENOM DE L'ENFANT <input type="checkbox"/> CERTIFICAT DE SCOLARITE DE VOTRE ENFANT <input type="checkbox"/> ADHESION POUR LE POLE ADOLESCENT		
LES DOSSIERS D'INSCRIPTION SONT A RETOURNER COMPLET AU GUICHET UNIQUE D'ACCUEIL		

Toute modification au dossier devra être apportée avec un stylo d'une couleur différente.

J'AI PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE

LES CONDITIONS DU REGLEMENT INTERIEUR DE LA STRUCTURE

NOMS DES REPRESENTANTS LEGAUX	PRENOMS DES REPRESENTANTS LEGAUX	DATE ET SIGNATURES DES REPRESENTANT(S) LEGAUX