

## Fiche d'inscription et de renseignements

### ■ ENFANT

Nom Prénom Garçon Fille  
 Date de naissance Etabl. scolaire Classe  
 Adresse domicile Code postal Commune

### Régime alimentaire de l'enfant

### ■ RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT (précisez ci-dessous, en sélectionnant Parent 1 et 2) Situation familiale

	Parent 1 :	Parent 2 :
<b>NOM - PRENOM</b>		
<b>Adresse</b> <small>(si différente de l'enfant)</small>		
<b>N° téléphone domicile</b>		
<b>N° téléphone portable</b>		
<b>Adresse mail</b>		
<b>Profession</b>		
<b>Employeur</b>		
<b>N° téléphone professionnel</b>		

**Régime allocataire** CAF : n° allocataire (7 chiffres) } Fournir l'attestation de Quotient Familial **Quotient Familial** €  
 MSA : n° allocataire **Quotient Familial** €  
**A défaut** **Revenu Fiscal Référence** € **Nb part** **Quotient Familial** €  
Fournir l'avis d'imposition

### ■ AUTORISATIONS

	Oui	Non
<b>J'autorise le centre de loisirs éducatif à consulter mon dossier allocataire sur le site Internet de la Caisse d'Allocations Familiales afin de définir le tarif</b> <small>*Si vous refusez l'accès au service <b>Consultation des Données Allocataires par les Partenaires</b>, vous devez impérativement nous fournir votre attestation de quotient familial en cours de l'organisme qui verse les prestations familiales (CAF, MSA...), à défaut votre dernier avis d'imposition. Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.</small>		
<b>J'autorise mon enfant à partir seul.</b>		
<b>J'autorise le centre de loisirs éducatif à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique, pour la présentation et l'illustration des activités du centre à durée indéterminée.</b> <small>Une exploitation de ces photos et de ces vidéos est à but non commercial.</small>		
<b>J'autorise le responsable du centre de loisirs ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.</b>		

#### **Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité sera demandée) :**

Nom - Prénom Téléphone Lien de parenté  
 Nom - Prénom Téléphone Lien de parenté  
 Nom - Prénom Téléphone Lien de parenté

N° de Sécurité Sociale de l'assuré(e)

N° de Sécurité Sociale de l'enfant

Nom de l'assurance EXTRASCOLAIRE

*(joindre justificatif)*

N° de police

■ **SANTE DE L'ENFANT**

**Vaccinations** *(joindre les copies des pages de vaccinations du carnet de santé de votre enfant ou des certificats de vaccination)*

**Renseignements médicaux de l'enfant**

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui      Non

\* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.**

Votre enfant est-il :      **Asthmatique ?**      Oui      Non      **Allergique ?**      Oui      Non

Si oui, s'agit-il d'une allergie médicamenteuse ?      Oui      Non      **Alimentaire ?**      Oui      Non

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier qui nécessite la fourniture du repas par vos soins ?      Oui      Non

**Autres allergies**

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)**

Existe-t-il un P.A.I. à l'école ?      Oui      Non

Si oui, j'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre connaissance du PAI établi avec l'école      Oui      Non

**Indiquez ci-après :**

Si votre enfant est en situation de handicap      **Oui**      **Non**

→ **Si oui, une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil.**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre :**

**Recommandations utiles des parents :**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.

**Médecin traitant**

Nom      Prénom      Téléphone

Adresse      CP      Commune

**Je reconnais avoir pris connaissance du projet pédagogique, du règlement intérieur ainsi que la tarification en cours et autorise que mon enfant participe à toutes les activités, y compris les baignades et les sorties organisées par le centre de loisirs.**

**Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.**

Fait à      Date      Signature