







**FICHE D'INSCRIPTION 2018/2019**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT		
NOM :	Prénom :	Date de naissance : / /
Sexe :		Lieu de naissance :
<b>Activités :</b>		
Mercredi loisirs <input type="checkbox"/>	Vacances scolaires : 3-5 ans <input type="checkbox"/> 6-11 ans <input type="checkbox"/>	
Accompagnement à la scolarité <input type="checkbox"/>		
<b>Menu :</b>		
Classique <input type="checkbox"/>	Végétarien <input type="checkbox"/>	
<b>Ecole :</b>		
Ecole fréquentée :	Classe :	

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT	
<b>Situation familiale :</b>	
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)
<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Concubinage
<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire
	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<b>Père :</b>	<b>Mère :</b>
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
 Adresse :	 Adresse* :
 Tél. domicile :	 Tél. domicile* :
 Tél. portable :	 Tél. portable* :
email :	email :
<b>Situation socioprofessionnelle :</b>	<b>Situation socioprofessionnelle :</b>
<input type="checkbox"/> Employé :	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA
<input type="checkbox"/> Autre/sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Autre/sans activité professionnelle
<b>N° Sécurité Sociale :</b>	
<b>N° allocataire CAF :</b>	<b>Quotient familial :</b>

<b>Cadre réservé à l'administration</b>	
Famille titulaire de la carte :	
N°	N°
pour la période du 01/01/2018 au 31/12/2018	pour la période du 01/01/2019 au 31/12/2019

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

L'enfant peut-il rentrer seul ?  Oui Non**Si Non, quelles sont les PERSONNES (autres que les parents et âgées de plus de 16 ans) HABILITES à venir le chercher ?**

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

**Autorisation photo :**

J'autorise l'équipe du Centre Social à prendre en photo mon enfant à des fins pédagogiques (activités, presse, spectacle,...)

 Oui  Non**PIECE A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION (PHOTOCOPIES UNIQUEMENT)**

- Attestation CAF avec le quotient familial
- Attestation d'assurance de responsabilité civile (assurance scolaire)
- Attestation sécurité social ou CMU
- Carnet de vaccination
- Photo de l'enfant
- Cotisation (carte d'adhésion du centre social d'un montant de 5€ par famille valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année en cours)



## 1 – VACCINATIONS

### VEUILLEZ JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical Oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

## 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER : oui  non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

#### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux différentes sorties proposées : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

Autorisation de transport en transport collectif (réseau de bus, métro,...) : oui  non

#### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date, signature et mention « lu et approuvé »

#### **ATTENTION :**

**Aucune inscription ne pourra être prise en compte sans :**

- **Un dossier correctement rempli (toutes les rubriques doivent être complétées)**
  - **l'ensemble des papiers cités ci-dessus.**
  - **Le paiement total des activités**