







FICHE D'INSCRIPTION 2018/2019

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADOLESCENT | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| NOM : | Prénom : | Date de naissance : / / |
| Sexe : | | Lieu de naissance : |
| Activités : | | |
| LALP <input type="checkbox"/> | Futsal <input type="checkbox"/> | |
| Accompagnement à la scolarité <input type="checkbox"/> | | |
| Menu : | | |
| Classique <input type="checkbox"/> | Végétarien <input type="checkbox"/> | |
| Etablissement : | | |
| Etablissement fréquentée : | | Classe : |

| RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT | |
|--|---|
| Situation familiale : | |
| <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) |
| Père : | Mère : |
| NOM : | NOM : |
| Prénom : | Prénom : |
|  Adresse : |  Adresse* : |
|  Tél. domicile : |  Tél. domicile* : |
|  Tél. portable : |  Tél. portable* : |
| email : | email : |
| Situation socioprofessionnelle : | Situation socioprofessionnelle : |
| <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 |
| N° Sécurité Sociale : | |
| N° allocataire CAF : | Quotient familial : |

| | |
|---|---|
| Cadre réservé à l'administration | |
| 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^{er} 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**