

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION : MERE <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> (en cas de garde alternée, 1 dossier par parent est obligatoire)	
ENFANT BENEFICIAIRE	
Nom : Prénom : Date de naissance :	
RESPONSABLE LEGAL 1 (CELUI QUI INSCRIT L'ENFANT)	RESPONSABLE LEGAL 2 OU CONCUBIN (HABITANT LE MEME FOYER)
Nom / Prénom : Date de naissance : __/__/____ N° sécurité sociale : Email : _____@_____ N° téléphone : Domicile : __/__/__/__/____ Mobile personnel : __/__/__/__/____ Téléphone Professionnel : __/__/__/__/____	Nom / Prénom : Date de naissance : __/__/____ N° sécurité sociale : Email : _____@_____ N° téléphone : Domicile : __/__/__/__/____ Mobile personnel : __/__/__/__/____ Téléphone Professionnel : __/__/__/__/____
PROFESSION INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR Nom : Adresse : Code Postal : __ __ __ Ville :	PROFESSION INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR Nom : Adresse : Code Postal : __ __ __ Ville :
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Nombre d'enfants à charge : Régime d'allocation : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> N° allocataire : Conjoint : Nom/Prénom : Tél. :	Nombre d'enfants à charge : Régime d'allocation : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> N° allocataire : Conjoint : Nom/Prénom : Tél. :
Pour le régime d'allocation, l'enfant est rattaché (e) à <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre :	
SITUATION FAMILIALE	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariés/Pacsés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuvage	
<i>En cas de séparation, si garde alternée ou attribuée à l'un des 2 parents, joindre une copie du jugement. Sans quoi, l'enfant sera rendu au parent se présentant.</i>	
ADRESSE DU FOYER	
L'enfant est domicilié chez : Adresse : Code Postal : __ __ __ Ville : <u>Préciser l'adresse de facturation si celle-ci est différente de celle du foyer :</u>	
FAMILLE D'ACCUEIL/FOYER	
Nom/ Prénom : Tél : Mail : Adresse :	

Observations diverses

Coordonnées des personnes majeures à prévenir en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignable et/ou habilitées à reprendre l'enfant à la sortie de la structure, à la place des parents :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

OU

J'autorise mon (mes) enfant(s) de plus de 6 ans à repartir seul(s) : - OUI - NON

Le père, la mère, le tuteur légal, inscrit ses enfants après avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil (disponible sur demande).

Autorisation Parentale

Je, soussigné(e)....., le père, la mère, le tuteur légal

- autorise les responsables du service Enfance Jeunesse à faire soigner mon (mes) enfant(s) et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté
- m'engage à payer, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération si l'état de mon enfant le justifie.
- autorise le transport de mon enfant dans le cadre des activités des accueils de loisirs en bus collectif ou en minibus.
- autorise les responsables du Service Enfance Jeunesse à prendre des photographies de mon enfant ou effectuer des films, dans le respect des réglementations en vigueur. (A rayer en cas de désaccord).
- autorise les responsables du Service Enfance Jeunesse à diffuser des photographies ou vidéos de mon enfant, dans le respect des réglementations en vigueur. (A rayer en cas de désaccord).

Fait à

Le

**Signature de la personne
détenant l'autorité parentale 1**
Lu et approuvé

**Signature de la personne
détenant l'autorité parentale 2**
Lu et approuvé

PIECES A FOURNIR

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements | <input type="checkbox"/> 1 Photo d'identité (uniquement pour les collégiens) |
| <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire | |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle | |
| <input type="checkbox"/> Copie des vaccins à jour | |
| <input type="checkbox"/> Justificatif CAF ou MSA | |
| <input type="checkbox"/> RIB & mandat SEPA rempli si prélèvement | |
| <input type="checkbox"/> En cas de séparation : Jugement ou attestation sur l'honneur précisant comment va s'effectuer la garde de l'enfant et la prise en charge des factures | |

FICHE SANITAIRE
1 par enfant, valable pour l'année scolaire 2024-2025

Cette fiche permet de recueillir des informations indispensables pour la sécurité de votre enfant pendant la période où vous nous le confiez

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ Garçon fille

Lieu de naissance : Pays: Nationalité (Union Européenne) : Oui Non

Rang de la fratrie : 1 2 3 4 5 6 (entourer) N° de portable du jeune :

Numéros de téléphone en cas d'urgence :/.....

Sécurité sociale : l'enfant est rattaché à : père mère autre :

SCOLARISATION ANNÉE 2024-2025

Nom de l'école : Classe : Niveau :

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du médecin : N° de téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Adresse :

Code Postal : __ __ __ Ville :

VACCINATIONS

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires et joins une photocopie du carnet de santé.

* En cas de non-vaccination, un certificat de contre-indication médicale sera exigé.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Régime alimentaire particulier ?

Allergies¹ : Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
Alimentaires OUI NON Autres : OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

Difficultés de santé, handicap reconnu ou en cours de reconnaissance (maladie, accident, crises convulsives, hyperactivité, opération, rééducation,...) :

Préciser les difficultés, les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

L'enfant dispose-t-il d'un PAI ? NON OUI ² (fournir protocole et trousse PAI)

L'enfant suit-il un traitement médical ? NON OUI ² Lequel :

Reconnaissance MDPH : OUI NON En cours

Dispositif mis en place : Aucun AVS ULIS à domicile Autre :

Bénéficie d'un suivi : Aucun CAMSP CMP Hôpital de jour SESSAD ITEP

La famille perçoit-elle l'AAEH ? OUI NON (si oui, copie de la notification des droits à l'AAEH)

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,... ?

Préciser.....

.....

Nous, soussignés, et
responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature 1 :

Signature 2 :

