



FICHE D'INSCRIPTION 2016-2017

- CANTINE
 GARDERIE
 MERCREDI
 ETUDE
- CLUBS VACANCES
 CENTRE DE LOISIRS

IMPOTS :

- A < 500.00
B > 500.00
C Exterieur

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Né(e) le : _____ Lieu de Naissance : _____ Âge : _____

Ecole : _____ Maternelle Primaire collège

FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Monsieur Madame

Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Vie maritale Séparé(e) Veuf Pacsé

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. Domicile : _____ Tél. portable : _____

Adresse internet : _____ @ _____

Acceptez-vous que votre enfant soit pris en photo ou filmé ? non oui

En cas de garde alternée, préciser qui est responsable :

Semaine paire : père mère

Semaine impaire : père mère

Assistante Maternelle : Mme _____ Tel : _____

Adresse : _____

Pour tout changement de situation en cours d'année, veuillez le signaler

La CAISSE DES ECOLES

Rue Jacques Bingen

03.21.74.91.91

Ou

Au Service Jeunesse

Espace Lumière - Rue Elie Gruyelle

03.21.74.55.44

PHOTOCOPIES (A JOINDRE A CE DOSSIER) :

- Copie de l'attestation Carte Vitale et de la Mutuelle
- Copie de l'Assurance Scolaire ou de responsabilité Civile
- Copie de la page des Vaccinations
- Copie Avis d'imposition 2016 sur les revenus année 2015
Sauf familles imposables >500€ ou extérieures
- Copie de la Notification d'aides au temps libre (Bon CAF)

COORDONNEES DES PARENTS

<u>PERE</u>		<u>MERE</u>	
Nom :		Nom de jeune fille :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
N° Sécurité sociale :		N° Sécurité sociale :	
Profession :		Profession :	
Adresse (si différente du conjoint)		Adresse (si différente du conjoint)	
Tél. du lieu de travail :		Tél. du lieu de travail :	

Organisme CAF : _____

N° Allocataire CAF : _____

Nom de l'assurance : _____

N° de contrat : _____

Nom de la mutuelle : _____

N° de contrat : _____

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____

ALLERGIES : oui non **MEDICAMENTEUSES :** oui non **ALIMENTAIRES :** oui non **PAI :** oui non

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : _____

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il fait ces maladies ?

RUBÉOLE oui non

ANGINE oui non

OTITE oui non

VARICELLE oui non

COQUELUCHE oui non

ROUGEOLE oui non

OREILLONS oui non

SCARLATINE oui non

L'enfant porte-t-il ?

LUNETTES oui non

PROTHESES AUDITIVES oui non

PROTHESES DENTAIRES oui non

AUTORISATION PARENTALE POUR LES TRANSPORTS LORS DES CENTRES DE LOISIRS :

Si mon enfant est piéton :

Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre

Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre

Si mon enfant emprunte le bus

Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir de l'arrêt de bus

Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir de l'arrêt de bus

NOM ET TELEPHONE de la personne autorisée à venir chercher l'enfant : _____

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :