



# FICHE D'INSCRIPTION 2014-2015

**IMPOTS :**  
A  < 500.00  
B  > 500.00  
D  Exterieur

- CANTINE
- GARDERIE
- MERCREDI
- CLUBS VACANCES
- CENTRE DE LOISIRS
- ETUDE

## ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

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 :

Allergie(s):  non  oui (Préciser la nature au verso)

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

Assistante Maternelle : Mme \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Pour tout changement de situation en cours d'année,  
veuillez le signaler au Service des  
**AFFAIRES SCOLAIRES - CAISSE DES ECOLES**  
Espace Lumière 3<sup>ème</sup> étage Rue Elie Gruyelle  
62110 HENIN-BEAUMONT  
TEL : 03 21 74 91 91 FAX : 03 21 76 45 88  
caissedescoles@mairie-heninbeaumont.fr

### 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 du dernier Avis d'imposition sur revenus (2013)
- 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 :	
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   
*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   
 VARICELLE    oui  non   
 OREILLONS    oui  non

ANGINE    oui  non   
 COQUELUCHE    oui  non   
 SCARLATINE    oui  non

OTITE    oui  non   
 ROUGEOLE    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 :

Si mon enfant emprunte le bus :

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

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 :**