


# FICHE D'INSCRIPTION

## 2023-2024

| ENFANT      |   |
|-------------|---|
| Identité    | Photo (*)   |
| Nom :       |  |
| Prénom :    |   |
| Sexe :      |   |
| Naissance : |   |
| A :         |   |
| Email :     |   |
| Tel :       |   |

\* A fournir si manquant.

| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE |
|---------------------------------|
| Assureur :                      |
| Num :                           |

| RESPONSABLE LEGAL  |  |
|--|--|
| Responsable 1  | Responsable 2  |
| Nom :  | Nom :  |
| Prénom :   | Prénom :   |
| Profession :   | Profession :   |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| Date de naissance :  | Date de naissance :  |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez)  | Type : Père / Mère / Autre (Précisez)  |
| Adresse :  | Adresse :  |
| Email :  | Email :  |
| Tél. :   | Tél. :   |
| Portable :   | Portable :   |
| Tél. Pro. :  | Tél. Pro. :  |

**PERSONNES A CONTACTER**

**Contacts existants**

**Nouveaux contacts**

| Contact                               |           | Contact                               |           |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Nom :                                 |           | Nom :                                 |           |
| Prénom :                              |           | Prénom :                              |           |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           |
| Tél. :                                |           | Tél. :                                |           |
| Portable :                            |           | Portable :                            |           |
| Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON | Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON |

| Contact                               |           | Contact                               |           |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Nom :                                 |           | Nom :                                 |           |
| Prénom :                              |           | Prénom :                              |           |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           |
| Tél. :                                |           | Tél. :                                |           |
| Portable :                            |           | Portable :                            |           |
| Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON | Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON |

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES  |           |
|---|-----------|
| Autorisations   | Réponse   |
| <b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).   | OUI / NON |
| <b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | OUI / NON |
| <b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.  | OUI / NON |
| <b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant              | OUI / NON |

| Appareillage   | Réponse   |
|--|-----------|
| <b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?                  | OUI / NON |
| <b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| <b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?   | OUI / NON |

| Handicap   | Réponse   |
|--|-----------|
| <b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | OUI / NON |

| Données complémentaires  |  |
|--|--|
| Numéro de Sécurité social du responsable 1 :   |  |
| Numéro de Sécurité social du responsable 2 :   |  |
| Difficultés de santé et précaution à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) :  |  |
| Garde alternée : en cas de famille séparée, une garde alternée est-elle mise en place ? :  | OUI / NON  |
| Si oui, à quel rythme ? (joindre une copie du jugement si besoin) :  |  |
| La famille accepte de recevoir les informations et factures par mail :   | OUI / NON  |
| Merci de remplir le tableau MALADIE (ci-dessous) de la fiche d'inscription en indiquant si votre enfant a contracté soit :   | Angine / coqueluche / diphtérie / hépatite / méningite / oreillons / otite / rhumatisme / rougeole / rubéole / scarlatine / typhoïde et paratyphoïde / varicelle |
| Votre enfant détient-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Si oui, merci de joindre une copie du PAI et noter toutes informations importantes sur cette fiche : | OUI / NON  |
| Nom de la mutuelle de famille :  |  |
| Numéro adhérent de la mutuelle de famille :  |  |



**LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR**

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Attestation de quotient familial (CAF, MSA ou autre organisme) (valide jusqu'au : 31/12/2023)
- Copie des vaccins du carnet de santé de l'enfant (avec nom et prénom de l'enfant sur la copie) (valide jusqu'au : 31/08/2024)
- Photo d'identité de l'enfant (valide jusqu'au : 31/08/2024)
- Protocole PAI en cours (Projet d'Accueil Individualisé), si l'enfant en détient un (valide jusqu'au : 31/08/2024)
- Relevé d'identité bancaire (RIB), si changement de RIB (valide jusqu'au : 31/08/2024)

**ATTESTATION**

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- en transmettant mon numéro d'allocataire (CAF, MSA ou autre), j'autorise la directrice à consulter exceptionnellement, via le site de la CAF, mon quotient familial afin de déterminer le tarif dont je suis bénéficiaire. Aucune autre information que le quotient n'est visible par la directrice

- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et de la structure des Loustics et m'engage à le respecter et le faire respecter à mon/mes enfants,

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

- certifie que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifie sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire,

- 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 nécessaire par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur

| Responsable 1 (*) |  | Responsable 2 |  |
|-------------------|--|---------------|--|
| Fait à :          |  | Fait à :      |  |
| Date :            |  | Date :        |  |
| Signature :       |  | Signature :   |  |

\* A remplir obligatoirement