

## FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS MINEURS

IDENTITE DE L'ENFANT	
Nom de l'enfant :	_____
Prénom :	_____
Né(e) le : ___/___/___	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

LA FAMILLE		
	Père	Mère
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
LIEU DE TRAVAIL		
MAIL		
Téléphone :		
- Domicile	___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
- Mobile	___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
- Travail	___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
SITUATION FAMILIALE	Marié /_/ vie maritale /_/ divorcé /_/ célibataire /_/ pacsé /_/ veuf(ve) /_/	
REGIME DE PRESTATIONS FAMILIALES	CAF /_/ Numéro Allocataire : _____ autorisons l'association à consulter le site CAF Partenaires pour obtenir mon quotient familial MSA /_/ Fournir une attestation de quotient familial	

AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE		
NOM	PRENOM	TELEPHONES

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT			
<i>Une pièce d'identité sera demandée</i>			
NOM	PRENOM	NOM	PRENOM

AUTORISATION A RENTRER SEUL
Nous autorisons notre enfant à rentrer seul après les activités OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

N° de Sécurité Sociale : \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/

### MEDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

autorisons les responsables de l'association à présenter notre enfant à un médecin et à faire le nécessaire en cas de soins à donner d'urgence et si besoin sous anesthésie

### VACCINATION

Date du dernier rappel DTP \_\_\_\_\_

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : OUI  NON

Alimentaires : OUI  NON

(si oui joindre obligatoirement un certificat médical)

Médicamenteuse : OUI  NON

Autres : \_\_\_\_\_

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMATIONS ET RECOMMANDATION IMPORTANTES

L'enfant présente-t-il un problème de santé et / ou de comportement particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui  Non

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres recommandations (port de lunettes, lentilles, appareils auditifs, énurésie...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALES

Nous soussignés \_\_\_\_\_ parents et tuteurs de l'enfant \_\_\_\_\_

Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Reconnaissons avoir été informés de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels

Reconnaissons avoir été informés du contenu du projet éducatif de l'association et du contenu du projet éducatif

Autorisons l'équipe d'animation ou les parents bénévoles à véhiculer nos enfants pour les activités extérieures au centre (exemple caravane des villages) OUI  NON

Saison 2019-2020

A.....

Le /\_/\_/ \_/ \_/ \_/

Signature des parents ou tuteur précédé de la mention « Lu et approuvé »

Saison 2020-2021

A.....

Le /\_/\_/ \_/ \_/ \_/

Signature des parents ou tuteur précédé de la mention « Lu et approuvé »