



FICHE D'INSCRIPTION

2019-2020

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	Portable (point jeunes):

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

Données complémentaires	
Numéro de sécurité sociale/MSA :	
Numéro CAF:	
Quotient familial :	

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autre que responsable)			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Lien : (Grand parent- voisin - amis ...)		Lien : (Grand parent- voisin - amis ...)	
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
Partir seul : 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). A partir de 12 ans uniquement.	OUI / NON
Prise de photo : 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
Sport et sorties : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure ainsi qu'aux activités pouvant avoir lieu à l'extérieur (local, départemental, régional...)	OUI / NON
Hospitalisation : 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 CHU Avignon	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t'il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t'il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t'il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t'il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON
PAI : Existe-t-il un protocole d'Accueil Individualisé ?	OUI / NON

Informations médicales		
Médecin	Téléphone médecin	Groupe Sanguin (de l'enfant)

Allergies

Pratiques alimentaires (cocher)	
Sans porc <input type="checkbox"/>	Autre : (préciser)
Sans viande <input type="checkbox"/>	
Végétarien <input type="checkbox"/>	

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation d'assurance individuelle accident
- Attestation d'assurance scolaire/extra-scolaire
- Photocopie du carnet de vaccination DTP à jour
- Attestation quotient familial CAF ou MSA
- Décharge permanente de sortie de l'enfant (si autorisation à sortir seul ou avec un mineur désigné 12 ans minimum)
- Une copie du Protocole d'Accueil Individualisé accompagné du matériel associé

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions 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 certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

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

* A remplir obligatoirement