

# FICHE D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2021-2022

## IDENTITÉ de l'ENFANT

NOM :	
Prénom :	
Sexe :      Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Date de Naissance :	
Lieu de Naissance :	Nationalité :
École :	Classe :

## RESPONSABLE LÉGAL

Responsable 1	Responsable 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Père / Mère / Autre (Précisez)	Père / Mère / Autre (Précisez)
Célibataire / Marié(e) / Divorcé(e) / Autre (Précisez)	Célibataire / Marié(e) / Divorcé(e) / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
E-mail :	E-mail :
Portable :	Portable :
Téléphone :	Téléphone :
Téléphone Pro. :	Téléphone Pro. :
Employeur :	Employeur :
<b>N° Allocataire CAF ou MSA</b> : fournir l'attestation de votre Quotient Familial, précisant votre montant	N°

**INFORMATIONS MÉDICALES**

<b>Médecin :</b>	<b>Téléphone :</b>	<b>Spécialité : (Précisez)</b>

Allergies	Pratiques alimentaires

**Un enfant non vacciné sans un certificat médical de contre-indication sera refusé à l'accueil périscolaire**

Vaccins	Fait le	Date Rappel	Maladie	Date de la maladie	Observation
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B (DTCPHH) (INFANRIX HEXA)	<b>Joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies du CARNET DE VACCINATION</b>				
Méningocoque C (NEISVAC; MENINGITEC; ....)					
Pneumocoque (PREVENAR)					
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) (PRIORIX ou MMR)					

**Autorisation d'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	OUI / NON
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

**Handicap**

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

**Appareillage**

<b>Lunettes :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	<b>Réponse</b> 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
--------------------------------------------------------------------------------------	-----------

**Données complémentaires**

Nouveaux contacts			
Contact 1		Contact 2	
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
Nouveaux contacts			
Contact 3		Contact 4	
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
Nouveaux contacts			
Contact 5		Contact 6	
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

**• L'ENFANT SERA REMIS UNIQUEMENT AUX PERSONNES NOMMÉES CI-DESSUS**

**• L'animateur responsable de l'accueil périscolaire se réserve le droit d'exiger une pièce d'identité.**

**• S'il s'agit d'une personne mineure, il appartient aux parents de la présenter physiquement aux animatrices.**

**•ATTENTION : si un enfant n'est pas parti après 18h30, sans avertissement des parents ou des personnes nommées ci-dessus, nous contactons LE COMMISSARIAT de THOUARS.**

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

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	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 la cadre de l'accueil périscolaire.	OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Transport</b> : Nous donnons notre consentement pour que notre enfant emprunte le transport, pour participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON

**ATTESTATION**

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

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure.

- nous 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 personne couvrant les dommages corporels,

**Compagnie d'assurance :**

**N° Contrat d'assurance Responsabilité civile :**

- 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 :		
Date :		
Signature :		

(\*) A remplir obligatoirement