

## FICHE D'INSCRIPTION 2014 - 2015

N°adhérent :

### Renseignements sur l'enfant

NOM : ..... PRENOM : ..... SEXE :  Garçon -  Fille

Date de naissance : /\_ / \_ / \_ / \_ / NATIONALITE : .....

ADRESSE : n° ..... Rue : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Tél du jeune : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Etablissement scolaire fréquenté : ..... Classe : .....(si soutien scolaire)

N° Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché : .....

### Renseignements sur les parents

**LE PERE** :  portable papa .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..../ ..../ .....

ADRESSE : .....

Profession : ..... E mail : .....@.....

☐ Travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**LA MERE** :  portable maman .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..../ ..../ .....

ADRESSE : .....

Profession : ..... E mail : .....@.....

☐ Travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

N° Allocataire C.A.F : ..... QF .....

Si vous n'êtes pas allocataire, de quel organisme dépendez-vous ? : .....

**EN CAS DE SEPARATION**, RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : PERE  MERE

**GARDE ALTERNEE** oui  non

NOM ET PRENOM, ANNEE DE NAISSANCE FRERES ET SŒURS

☞ ..... ☞ ..... ☞ .....

### Autorisation

Je soussigné(e), ..... précise que l'enfant .....

Rentrera seul  Ne rentrera pas seul

Dans ce dernier cas, personne âgée d'au moins 16 ans pouvant récupérer l'enfant

les parents uniquement

Ou par Mr ou Mme .....

☐ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ lien avec l'enfant : .....

Ou par Mr ou Mme .....

☐ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ lien avec l'enfant : .....

## Renseignements Médicaux (voir carnet des vaccinations)

### VACCINATIONS (renseignements obligatoires)

**Date dernière vaccination DTP** : ...../...../.....

Votre enfant est-il allergique ? : OUI  NON

Allergies alimentaires : ARACHIDE, LAIT, GLUTEN, ŒUFS

Autres à préciser : .....

**Régime alimentaire** :  normal  sans porc  sans viande

Autres (précisez) : .....

Allergies médicamenteuses : .....

Votre enfant a-t-il un handicap ou une maladie spécifique ? .....

Votre enfant est-il sujet à l'Asthme : OUI  NON  Incontinences : OUI  NON

Aux otites : OUI  NON

Est il sous traitement médical : OUI  NON  Si oui joindre l'ordonnance

Porte-t-il des lunettes ? : OUI  NON

### **NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT :**

..... . : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je soussigné(e) .....Responsable de l'enfant .....

### Autorise

- Les responsables à consulter mon dossier CAF sur **CAF PRO** ou accepte de fournir mon avis d'imposition, dans le cas contraire le tarif plafond me sera attribué.

- Les responsables de secteurs ou les accompagnateurs des activités à administrer à mon enfant, en cas de nécessité, les médicaments de la vie courante (Arnica,, Apis-Mellifica, Apaisyl) **OUI - NON**

- Les responsables ou accompagnateurs à faire pratiquer les interventions de secours, de transports, médicaux ou chirurgicaux que son état nécessiterait en cas de maladie ou d'accident. Je m'engage à rembourser les frais de transports, ou médicaux, ou hospitalisation et d'opérations éventuels qui auraient pu être avancés par le Centre Social et Culturel Jacques PREVERT **OUI - NON**

- Mon enfant à participer aux activités désignées et déplacements avec ou sans transports en véhicule (bus, véhicule particulier du personnel ou des bénévoles) organisées sous l'égide du Centre Social et Culturel Jacques PREVERT. **OUI - NON**

- Que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités à des fins non commerciales pour son site internet ou sur des supports papiers **OUI - NON**

Je certifie exact les renseignements ci dessus.

Fait à Bellignat le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Signature  
(Précédée de « lu et approuvé »)