

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 »)