

FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT (2024-2025)

➤ **ENFANT :**

Nom : Prénom :
 Sexe : M F Date de naissance : / /
 Ecole fréquentée : Classe :

➤ **PARENTS :**

QF de la famille : N° Allocataire CAF :
 N° de Sécurité Sociale :
 Nom de la compagnie d'assurance et n° de contrat :

✓ Relevez-vous du régime général de la CAF : oui non

Si autre régime, précisez l'organisme et le numéro d'affiliation :

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse Complément CP / Ville		
☎ domicile		
☎ portable		
☎ travail		
@ Mail		

✓ J'autorise mon enfant à rentrer seul (8 ans minimum) : oui non

Si oui , Heure souhaitée :

✓ Je soussigné(e) père, mère, tuteur :

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre et du règlement intérieur,
- M'engage à payer tous les frais d'inscription / adhésion indiqués, ainsi que les frais de séjour, déduction faite des aides auxquelles j'ai droit selon les modalités indiquées dans le règlement intérieur,
- Autorise le centre à photographier mon enfant et à diffuser éventuellement les photos,
 - Dans la presse locale. Ces images sont parfois utilisées pour la promotion de notre association.
 - Sur des documents internes (flyers, affiches, ...).
 - Sur notre site internet.
 - Sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram).
- En cas d'une garde partagée, si vous souhaitez une facturation séparée, chaque parent doit fournir une fiche d'inscription.

PERSONNES A PREVENIR OU AUTORISER A RECUPERER L'ENFANT (âge minimum 10 ans)

Nom Prénom	Statut par rapport à l'enfant	Téléphone



FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT 2023-2024

► Nom : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance : / /

Numéro d'immatriculation sécurité sociale :

Nom et contact du médecin traitant :

► L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT DURANT LE SEJOUR ? OUI NON

SI OUI, VOUS DEVEZ FOURNIR IMPERATIVEMENT UNE TROUSSE DE SOIN AVEC ORDONNANCE, PAI ET PROTOCOLE A SUIVRE.

► UN PAI EST-IL MIS EN PLACE ? OUI NON

► L'ENFANT A-T-IL UNE RECONNAISSANCE MDPH ? OUI NON

ALLERGIES (MEDICAMENTEUSE, ALIMENTAIRE OU AUTRES)

SI OUI, PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....
.....

DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, HANDICAP, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, HOSPITALISATION)

SI OUI, PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....
.....

PORT DE LUNETTES, DE PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRE

SI OUI, PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....

JE SOUSSIGNE(E) DECLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE.

J'AUTORISE, LE CAS ECHEANT, LE RESPONSABLE A PRENDRE TOUTE MESURE D'URGENCE EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT ET M'ENGAGE A REGLER LE MONTANT DES FRAIS MEDICAUX.

Fait à Le
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Année 2025-2026
Signature

Année 2027-2028
Signature