

## 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 DENTAIRES**

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