FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027

ENFANT	
Identité	**Photo (*)**
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	* A fournir si manquant.
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	**Responsable 2**
Nom :	**Nom :**
Prénom :	**Prénom :**
Nom de naissance (si allocataire du foyer) :	**Nom de naissance (si allocataire du foyer) :**
Profession :	**Profession :**
Catégorie socio-professionelle :	**Catégorie socio-professionelle :**
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	**Situation familiale :** Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	**Date de naissance :**
Pays de naissance :	**Pays de naissance :**
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	**Ville de naissance (si pays de naissance = France) :**
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	**Adresse :**
Email :	**Email :**
Tél. :	**Tél. :**
Portable :	**Portable :**
Tél. Pro. :	**Tél. Pro. :**
Numéro fiscal :	**Numéro fiscal :**

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts

Contact		Contact	
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

Contact		Contact	
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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment dâtée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : 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 les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
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

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

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

Données complémentaires	
Bénéficiaire bons loisirs CAF :	OUI / NON
N° Allocataire CAF :	
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Si oui, merci de fournir une copie :	OUI / NON

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Covid		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque ACWY		
Méningocoque B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Maladie	Date maladie	Observation

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

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

- nous engageons, en cas d'allergie ou de traitement médical à joindre une ordonnance et les médicaments correspondants dans l'emballage d'origine avec notice et marqué au nom de l'enfant,
- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- 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 personnes couvrant les dommages corporels,
- 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 :		**Fait à :**	
Date :		**Date :**	
Signature :		**Signature :**	

*** A remplir obligatoirement**