

FICHE D'INSCRIPTION CENTRES DE LOISIRS 2017-2018

Impôts :

- A. ☐ < 500.00 €
B. ☐ > 500.00 €
C. ☐ Extérieur

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Né(e) le : ____/____/____ Lieu de naissance : _____ Âge : _____

☐ Maternelle

☐ Primaire

☐ Collège

Famille

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

☐ père ☐ mère ☐ assistant familial / tuteur

☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ célibataire ☐ vie maritale ☐ séparé(e) ☐ veuf ☐ pacsé(e)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : ____/____/____/____/____ Tél. portable : ____/____/____/____/____

Adresse internet : _____@_____

Acceptez-vous que l'enfant soit pris en photo ou filmé ? ☐ oui ☐ non

En cas de garde alternée, préciser qui est responsable :

Semaine paire : ☐ père ☐ mère

Semaine impaire : ☐ père ☐ mère

Pour tout changement de situaion en cours d'année, veuillez le signaler :

**Au service jeunesse
Espace Lumière - Rue Elie Gruyelle
03 21 74 55 44**

Photocopies (à joindre au dossier) :

- **Copie** de l'attestation de Carte Vitale et de la Mutuelle
- **Copie** de l'Assurance Scolaire ou de responsabilité Civile
- **Copie** de la page des Vaccinations
- **Copie** Avis d'imposition 2017 sur les revenus de 2016 (sauf famille imposables > 500.00 € ou extérieurs)
- **Copie** de la Notification d'aide aux temps libres (Bon CAF)

Coordonnées des parents

Père		Mère	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Lieu de naissance :		Lieu de naissance :	
N° de Sécurité sociale :		N° de Sécurité sociale :	
Profession :		Profession :	
Adresse :		Adresse (si différente) :	
Tél. du lieu de travail :		Tél. du lieu de travail :	

Organisme CAF : _____ N° Allocataire CAF : _____
 Nom de l'assurance : _____ N° de contrat : _____
 Nom de la mutuelle : _____ N° de contrat : _____

Nom du médecin traitant : _____

Allergies : ☐ oui ☐ non Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non

Alimentaires : ☐ oui ☐ non PAI : ☐ oui ☐ non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Recommandations utiles des parents : _____

Régime alimentaire : ☐ SP ☐ SV

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il contracté ces maladies ?

Rubéole	oui ☐ non ☐	Angine	oui ☐ non ☐	Otite	oui ☐ non ☐
Varicelle	oui ☐ non ☐	Coqueluche	oui ☐ non ☐	Rougeole	oui ☐ non ☐
Oreillons	oui ☐ non ☐	Scarlatine	oui ☐ non ☐		

L'enfant porte-t-il des lunettes ?

Lunettes	oui ☐ non ☐	Prothèses auditives	oui ☐ non ☐
		Prothèse dentaires	oui ☐ non ☐

Si mon enfant est piéton : ☐ Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre
☐ Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre

Si mon enfant prend le bus : ☐ Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir de l'arrêt de bus
☐ Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir de l'arrêt de bus

Nom et téléphone de la personne autorisée à venir chercher l'enfant (autre que les parents) :

Je soussigné(e) _____ ☐ responsable légal de l'enfant,
☐ parents, ☐ assistant familial, ☐ tuteur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :