



FICHE D'INSCRIPTION CENTRES DE LOISIRS 2018-2019

Date de réception : __/__/__

Impôts :

- A. Héninois < 500 €
B. Héninois > 500 €
C. Extérieur < 500 €
D. Extérieur > 500 €

Tout dossier incomplet sera refusé

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

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

- Maternelle
 Primaire
 Collège

Famille

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

- père mère assistante familiale / 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

Adresse du 2^e responsable légal de l'enfant : _____

Pour tout changement de situation 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 2018 sur les revenus de 2017 (sauf famille imposables > 500.00 €)
- **Copie** de la Notification d'aide aux temps libres (Bon CAF)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois.

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 :	
Tél. du lieu de travail :		Tél. du lieu de travail :	

Organisme CAF : _____ N° Allocataire CAF : _____

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)

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

Recommandations utiles des parents : _____

Régime alimentaire : Sans porc Sans viande

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, 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 nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :