



# Fiche d'inscription centres de loisirs 2019-2020

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<sup>e</sup> responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

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

**Au service jeunesse  
143 avenue des Fusillés  
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 2019 sur les revenus de 2018 (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 :