



FICHE D'INSCRIPTION

Nom : Etablissement scolaire :

Prénom : Classe :

Date de Naissance : Age :

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :

Domicile Portable Professionnel

.....

Courriel :

Autorité parentale : oui non

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

Domicile Portable Professionnel

.....

Courriel :

Autorité parentale : oui non

Profession

Profession :

Employeur :

Adresse :

.....

Profession

Profession :

Employeur :

Adresse :

.....

Allocataire

Nom Allocataire :

Régime :

N° :

Caisse :

Assurance

Nom :

Police :

Pièces à Fournir

- Attestation CAF/MSA
- Attestation d'Assurance
- Copie des vaccinations
- Fiche d'inscription recto/verso
- Livret de famille
- Règlement intérieur signé
- Fiche Sanitaire recto/verso

Médecin

Nom et Prénom :

N° de Téléphone :

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

Nom – Prénom

Lien de Parenté

Domicile

Portable

AUTORISATION

° J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile : **OUI** **NON***

si oui indiquer précisément les conditions de l'autorisation : (heure, jour, destination)

Réponse :

° J'autorise que des films, des photos et enregistrement de la voix de mon enfant soient réalisés et que ces derniers pourront être utilisés à des fins non commerciales (promotion du séjour : Affiche, Radio, Page Facebook de la CCGA, Presse ou communication aux familles), je ne pourrai prétendre à aucune rétribution monétaire ou en nature pour le droit à l'image de mon enfant.

OUI **NON***

° J'autorise le personnel responsable à prendre toute mesure nécessaire (appel médecin, hospitalisation....) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant. **OUI** **NON***

° J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre de l'accueil péri et extra scolaire.

OUI **NON***

* rayer la mention inutile

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur, de la tarification, des modalités de paiement, de l'ensemble des conditions de fonctionnement de l'Accueil péri et extra scolaire.

A le:

SIGNATURE :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....