

# FICHE D'INSCRIPTION

**Le (ou les) enfant(s)**

Nom	Prénom	Sexe (F/G)	Date de naissance	Ecole

**Le Père**

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : ..... Employeur : .....

 Autorité parentale : oui  non 
**La Mère**

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : ..... Employeur : .....

 Autorité parentale : oui  non 
**Adresse**

 .....  
 .....

**Les N° de téléphone**  
 (N'oubliez pas d'indiquer  
 un N° où vous joindre  
 n'importe quand dans la  
 journée et famille)

 ① \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Intitulé : .....  
 ② \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Intitulé : .....  
 ③ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Intitulé : .....  
 ④ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Intitulé : .....

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (ou mes) enfant (s) à l'accueil périscolaire.

Nom et prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

 J'autorise mon enfant à partir seul de l'accueil périscolaire.

Signature du ou des responsable (s) légal :

**Autorisation parentale**

je soussigné (e) .....

responsable légal de ou (des) l'enfant (s) .....

Autorise le personnel d'animation à prendre en cas d'urgence, toute décision concernant la santé de mon enfant, soins, hospitalisation, intervention d'un médecin.

Fait à ....., le .....

Signature du ou des responsable (s) légal :



**Documents à fournir :**

- Attestation d'assurance **Périscolaire** couvrant Responsabilité civile et individuelle accident
- Photocopie des vaccinations à jour

Nom et Prénom de l'enfant : .....

**Vaccinations**

Photocopies des vaccinations à jour à remettre à la Directrice.  
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**Maladies**

Votre enfant a-t-il eu :

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	scarlatine
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Asthme :  oui  non

L'enfant porte-t-il des prothèses (lunettes, auditives, dentaires...)?

oui .....  non

**Allergies**

L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires :  oui  non

Médicamenteuses :  oui  non

Autres :  oui  non

Y a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) établi :  oui  non  
(si oui en donner un exemplaire à la Directrice)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

**Santé**

L'enfant a-t-il des problèmes de santé autres :  oui  non

.....

Suit-il un traitement : .....

Recommandations des parents : .....

.....

**En cas d'urgence**

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....

Nom de l'hôpital ou clinique : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom assurance : .....