

Site Meziré

ENFANT			
Identité			Photo
Nom :			
Prénom :			
Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon			
Date et lieu de naissance :			
RESPONSABLES LEGAUX			
Responsable 1		Responsable 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	
Adresse :		Adresse :	
Situation familiale :		Situation familiale :	
Email :		Email :	
Profession :		Profession :	
Employeur		Employeur :	
Téléphone domicile :		Téléphone domicile :	
Portable :		Portable :	
Téléphone professionnel :		Téléphone professionnel :	
Numéro d'allocataire CAF ou MSA :		Numéro d'allocataire CAF ou MSA :	
PERSONNES À CONTACTER			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Téléphone :		Téléphone :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :		OUI / NON	Appel en cas d'urgence :
Autorisé à récupérer l'enfant :		OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Téléphone :		Téléphone :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :		OUI / NON	Appel en cas d'urgence :
Autorisé à récupérer l'enfant :		OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE Joindre obligatoirement une attestation

Assureur (nom et adresse)

Numéro

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**Autorisations**

Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire. (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo et voix : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image et la voix de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Nous autorisons notre enfant à participer à l'ensemble des activités proposées	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (prise en charge de mon enfant par les pompiers, etc).	OUI / NON

Pratiques alimentaires	Cochez
Repas classique	<input type="checkbox"/>
Repas sans viande	<input type="checkbox"/>
Repas sans porc	<input type="checkbox"/>
Repas intolérance alimentaire (Prendre contact avec l'accueil de loisirs)	<input type="checkbox"/>

Médecin (Nom et adresse)	Téléphone

Appareillage

Lunettes : Votre enfant a-t'il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t'il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t'il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Allergies

Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :
Médicamenteuse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :
Alimentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :
Autres <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :

Handicap

Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON
---	-----------

P A I (projet d'accueil individualisé)

Votre enfant dispose-t-il d'un P A I ? Si OUI joindre obligatoirement une copie du PAI	OUI / NON
---	-----------

Vaccins : Joindre une copie des vaccinations

ATTESTATION

Nous soussignons :

Responsable 1 : (Nom Prénom)

Responsable 2 : (Nom Prénom)

Responsables légaux de l'enfant :

Nom prénom de l'enfant :

- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés,
- Autorise l'association Les Francas à consulter le Quotient Familial par le biais CDAP (Consultation des Données Allocataires par les Partenaires).
- Règlement Général sur la Protection des Données : En remplissant ce formulaire, j'accepte que les informations fournies soient exploitées par les Francas.
- Nous engageons à fournir les documents nécessaires à l'inscription (attestation d'assurance responsabilité civile, avis d'imposition ou attestation de quotient familial, vaccinations, PAI, notification d'aides aux temps libres CAF de l'année en cours).

Responsable 1	Responsable 2
Fait à	Fait à
Date	Date
Signature	Signature

Documents à joindre obligatoirement avec la fiche d'inscription

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Justificatif de domicile |
| <input type="checkbox"/> | Copie des vaccinations |
| <input type="checkbox"/> | Copie du Protocole Accueil Individualisé (si PAI) |
| <input type="checkbox"/> | Attestation d'assurance |
| | |



Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

