

FICHE D' INSCRIPTION INDIVIDUELLE 2021-2022

L'enfant

NOM : _____ Prénom(s) : _____

Date de Naissance : _____

Adresse où vit habituellement l'enfant : _____

Si garde alternée, sa deuxième adresse : _____

Souhaitez-vous créer 2 comptes séparés et recevoir vos factures distinctement ? oui non

École où est scolarisé l'enfant : _____ Classe : _____

Si frère(s) et/ou soeur(s) : les prénoms, noms et classe(s) fréquentée(s) : _____

Situation des parents : (cocher la mention appropriée) : Mariés Séparés Divorcés Union Libre Pacsés

Représentant légal 1 (Envoi facturation)

Père Mère autre :
(cocher la mention appropriée)

Nom : _____
Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone Mobile : _____

Adresse mail
(envoi facture)

Employeur (Nom et Ville) : _____

Téléphone employeur : _____

Représentant légal 2

Père Mère autre :
(cocher la mention appropriée)

Nom : _____
Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone Mobile : _____

Adresse mail

Employeur (Nom et Ville) : _____

Téléphone employeur : _____

Caisse d'allocations familiales (cocher mention adaptée) : CAF MSA

Nom Prénom et N°allocataire (*fournir une attestation de quotient familial*): _____

L'association est habilitée à consulter les éléments de votre dossier CAF : conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous pouvez vous y opposer en nous contactant, charge à vous de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

Renseignements sanitaires

NOM et coordonnées du médecin traitant :

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Date du dernier rappel DT Polio (**fournir copie de la page concernée du carnet de santé**) :

En plus des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 devront obligatoirement être vaccinés contre la coqueluche, l'haemophilus influenzae b, le méningocoque C, l'hépatite B, Le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole

Allergie alimentaire (certificat allergologue de moins de 6 mois adossé au PAI exigé) :

Autres allergies (certificat allergologue de moins de 6 mois adossé au PAI exigé)

Maladie chronique (certificat médical de moins de 6 mois adossé au PAI exigé)

Votre enfant porte t'il (cocher les mentions appropriées) :

Lunettes

appareil dentaire

appareil auditif

Contrat d'assurance en responsabilité civile (compagnie, n° contrat) :

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant (en dehors des représentants légaux)

NOM Prénom	Téléphone	Lien de parenté

L'enfant ne pourra en aucun cas être confié à quel qu'autre personne s'il n'est pas identifié par écrit

Autorisation droit à l'image

Nous soussignés (Noms, prénoms) :

Autorisons/ n' autorisons pas à prendre en photo et/ou filmer mon enfant

Autorisons la diffusion de ces photos/films :

- sur support papier ou numérique au sein de la structure
- sur le site internet publique de l' association
- sur la page Facebook privée de l'association (réservée aux familles adhérentes)
- pour des reportages réalisés par des professionnels (ex : journaux)

Date :

Signatures des parents :

La signature vaut pour acceptation du règlement intérieur de l'Association