

LA REPRISE DES ENFANTS (attention, un mineur ne peut être une personne habilitée)

1. NOM : Prénom :

Téléphone portable : / / / /

Lien de parenté avec le/les enfant(s) :

2. NOM : Prénom :

Téléphone portable : / / / /

Lien de parenté avec le/les enfant(s) :

3. NOM : Prénom :

Téléphone portable : / / / /

Lien de parenté avec le/les enfant(s) :

Correspondance éventuelle entre la famille et le centre :

.....

.....

Je soussigné(e), RESPONSABLE 1 / RESPONSABLE 2*

- attestent que les renseignements fournis concernant le foyer et les enfants rattachés à celui-ci sont exacts
- attestent avoir pris connaissance et acceptés le règlement et être assurés en responsabilité civile auprès d'une assurance

RESPONSABLE 1 :

Date et Signé :

RESPONSABLE 2* :

Date et Signé :

* Si présent dans le foyer. Pour les familles séparées ou divorcées, les parents doivent remplir une fiche chacun.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION :
date de réception : ... / ... / Dossier complet : Oui Non Famille recontactée le : ... / ... /



**FICHE D'INSCRIPTION
AUX SERVICES MUNICIPAUX**



Année scolaire de référence : 2020 / 2021

VOTRE FOYER

Nom de famille du foyer :

Adresse :

C.P. : Ville :

Adresse mail :

CAF de rattachement : N° d'allocataire :

SOUHAITEZ-VOUS RECEVOIR LA NEWSLETTER ?

(informations concernant les accueils de loisirs péri et extra scolaire) : Oui Non

LES RESPONSABLES DU FOYER

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom		
Prénom		
Date de Naissance / / / /
Tél portable / / / / / / / /
Tél travail / / / / / / / /
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> pacsés <input type="checkbox"/> séparés/divorcés	
AUTORITE PARENTALE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, pour les enfants (prénoms) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, pour les enfants (prénoms) :

ADRESSE DU RESPONSABLE 2, si différente du RESPONSABLE DU FOYER (familles séparées, divorcées) :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

LES ENFANTS DU FOYER

Nom			
Prénom			
Date de naissance / / / / / /
Lieu de naissance			
Sexe	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Taille et pointure	T : P :	T : P :	T : P :

LIEN DE PARENTE AVEC LES RESPONSABLES DU FOYER

RESPONSABLE 1	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
RESPONSABLE 2*	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :

SCOLARITE en 2020 / 2021

Ecole fréquentée <i>(ou Ville si différente Bsx)</i>		
Classe <i>(+ enseignant si Bsx)</i>		

EN CAS D'URGENCE

Autre personne pouvant vous joindre ou se déplacer si nous n'arrivons pas à vous joindre :	Nom / prénom : Téléphone : / / / / Nom / prénom : Téléphone : / / / /
--	--

LA SANTE DE VOS ENFANTS

MEDECIN TRAITANT : NOM : Téléphone : / / Ville :
 VOTRE NUMERO DE SECURITE SOCIALE : - - - - -

Votre enfant suit-il un traitement *	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Lequel :	Lequel :	Lequel :

Votre enfant souffre-t-il d'un handicap, d'un problème de comportement, maladie qui nécessiterait un accueil particulier ? (PAI à fournir)

Si oui :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il des allergies :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Si oui :
----------	-------	-------	-------

La propreté est-elle acquise ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---	---	---

Les vaccins sont-ils à jour?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Date du prochain rappel : ... / ... / ...	Date du prochain rappel : ... / ... / ...	Date du prochain rappel : ... / ... / ...

AUTORISATIONS PARENTALES : *(pour un même foyer, les réponses doivent être identiques pour la prise en compte de l'accord)*

Nous soussignés, RESPONSABLE 1 & RESPONSABLE 2*, responsables légaux de(s) enfant(s), autorisons :

sa participation aux activités extérieures au centre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
l'enfant à rentrer seul	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
photographie <i>(bulletin municipal, blog, presse)</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
La prise de mesures nécessaires <i>(transport d'urgence)</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>