

L'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

La famille

Préciser si l'enfant vit :

- ☐ Chez ses deux parents
- ☐ En garde alternée : Semaine parent 1 :
Semaine parent 2 :

**Parent 1**

Nom :

Prénom :

Profession :

.....

Employeur :

Adresse du domicile :

.....

Numéro de portable :

Numéro du travail :

Adresse mail :

Situation familiale :

Quotient familial (CAF) :

Parent 2

Nom :

Prénom :

Profession :

.....

Employeur :

Adresse du domicile :

.....

Numéro de portable :

Numéro du travail :

Adresse mail :

Situation familiale :

Quotient familial (CAF) :

Autorisation de sortie

- ☐ **J'autorise** mon enfant à quitter seul l'établissement une fois l'activité périscolaire terminée
- ☐ **Je n'autorise pas** mon enfant à quitter seul l'établissement une fois l'activité périscolaire terminée

Personnes autorisées à reprendre mon enfant :

Nom :	Prénom :	Numéro de tél :	Lien de parenté :
Nom :	Prénom :	Numéro de tél :	Lien de parenté :
Nom :	Prénom :	Numéro de tél :	Lien de parenté :

Autorisation de droit à l'image☐ **J'autorise**☐ **Je n'autorise pas**

Les prises de photos / vidéos à des fins représentatives des activités périscolaires (internet, presse, bulletin municipal, etc.).

Fiche de renseignements sanitaires



Renseignements médicaux

- Antécédents médicaux et chirurgicaux :
- L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON
- L'enfant a-t-il des allergies : OUI NON
- Précisez la cause et la conduite à tenir, et **joindre le PAI** :
- Recommandations utiles des parents (lunettes, lentilles, particularité, point d'attention, etc) :

Protocole alimentaire

- Allergie ou intolérance alimentaire : OUI NON

Si oui, merci de préciser lesquelles :

- L'enfant a-t-il un PAI (Protocole d'accueil individualisé) dans le cadre scolaire : OUI NON
- Type de repas : NORMAL SANS VIANDE SANS PORC

En cas d'allergie ou intolérance alimentaire, le certificat de l'allergologue est obligatoire afin de mettre en place un PAI. Il doit être transmis avec le dossier d'inscription.

- J'autorise les animateurs à l'application de soin(s) (glace, pansement, désinfectant...) en cas d'accident mineur sur mon enfant : OUI NON
- J'autorise l'application de crème solaire (fourni par les parents): OUI NON

En cas d'urgence, les parents sont informés dans les plus brefs délais, si nous rencontrons des difficultés à vous à rentrer en contact avec vous, quelles sont les personnes à prévenir en cas d'urgence (par ordre de priorité) :

Nom : Prénom : Numéro de tél: Lien de parenté :

Nom : Prénom : Numéro de tél: Lien de parenté :

Nom : Prénom : Numéro de tél: Lien de parenté :

☐ J'approuve toutes données du dossier d'inscription et autorise les membres de l'équipe d'animation à prendre toutes les mesures jugées utiles à l'état de santé de l'enfant en cas d'accident mineur ou majeur et éventuellement à le faire transporter par les pompiers ou le SAMU au centre hospitalier.

Documents à fournir

- Une photocopie des vaccinations
- Attestation CAF de Quotient Familial

Règlement intérieur

Je certifie avoir lu le règlement intérieur avec mon enfant et y adhère.

OUI NON

Signature des / du parents(s) :

