



# INSCRIPTION [ ENFANT ]

**ESPACE  
Famille**

VILLE DE PÉROLS

L'enfant

2022 - 2023

Nom(s) ..... École ..... Âge .....  
 Prénom .....  3/6 ans  
 Date de naissance ..... / ..... / ..... Classe / section .....  6/12 ans  
 Sexe  F  M  Ados (Collège)  
 POLICE D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE  Hors-commune  
 N° ..... Compagnie .....  
 Fin de validité ..... / ..... / .....

### RÉPRÉSENTANT LÉGAL 1

Père  Mère  Tuteur

Nom .....  
 Prénom .....  
 Tél. portable .....  
 Tél. fixe .....  
 E-mail (donnée obligatoire pour ouverture compte famille) .....  
 Adresse .....  
 Profession / Employeur .....  
 Tél. professionnel .....

### RÉPRÉSENTANT LÉGAL 2

Père  Mère  Tuteur

Nom .....  
 Prénom .....  
 Tél. portable .....  
 Tél. fixe .....  
 E-mail (donnée obligatoire pour ouverture compte famille) .....  
 Adresse .....  
 Profession / Employeur .....  
 Tél. professionnel .....

Domiciliation temporaire (Hébergement, etc.) / Attestation d'hébergement & justificatif de domicile à fournir.

Chez M/Mme ..... Adresse .....

### SITUATION FAMILIALE

Nombre d'enfants à charge .....

Marié(e)  Pacsé(e) Jugement  Oui  Non  
 Concubinage  Veuf(ve) Convention JAF  Oui  Non  
 Célibataire  Séparé(e) Autre .....  
 En instance de divorce  
 Divorcé(e)

### RÉPRÉSENTANT LÉGAL 1

Père  Mère  Tuteur

### ENFANTS DU FOYER

Nom(s) .....	Né(e) le .....
Prénom(s) .....	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom(s) .....	Né(e) le .....
Prénom(s) .....	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom(s) .....	Né(e) le .....
Prénom(s) .....	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom(s) .....	Né(e) le .....
Prénom(s) .....	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom(s) .....	Né(e) le .....
Prénom(s) .....	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

### EN CAS D'URGENCE / AUTORISATIONS DE PRISE EN CHARGE

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables. Contacts demandés : **HORMIS LE OU LES RESPONSABLES DÉJÀ MENTIONNÉS.**

#### CONTACT 1

À contacter en cas d'urgence  Autorisé à venir chercher l'enfant

Nom ..... Prénom .....  
 Tél. portable ..... Tél. fixe .....  
 Tél. professionnel ..... Lien .....

#### CONTACT 2

À contacter en cas d'urgence  Autorisé à venir chercher l'enfant

Nom ..... Prénom .....  
 Tél. portable ..... Tél. fixe .....  
 Tél. professionnel ..... Lien .....

#### CONTACT 3

À contacter en cas d'urgence  Autorisé à venir chercher l'enfant

Nom ..... Prénom .....  
 Tél. portable ..... Tél. fixe .....  
 Tél. professionnel ..... Lien .....

Je m'engage (représentant 1 et 2) à informer les contacts cités ci-dessus du traitement de leurs données personnelles, à des fins uniques liées à l'utilisation de ce document.

**Signatures :**

**VACCINATION**

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins obligatoires suppl. pour les enfants nés à partir du 1er/01/2018	Oui	Non	Dates
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT Polio				Haemophilus influenzae B			
Ou Tétracoq				Méningocoque C			
BCG				Pneumocoque			
Autres (Précisez)							

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

**ATTENTION** : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre indication

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** (Données facultatives)

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, marqué au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : ..... Tél. : .....

**COCHEZ LES MALADIES DÉJÀ DÉCLARÉES PAR L'ENFANT**

- Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine  
 Coqueluche  Otite  Rougeole  Oreillons

Votre enfant a-t-il des allergies ?  Oui  Non  PAI (Protocole Accueil Individualisé / à fournir)

Si oui, de quelle origine ?  Alimentaire  Médicamenteuse  
 Contact  Animaux  Autre .....

Précisez quelle est la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....  
 .....  
**Indiquez les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre). **Les recommandations utiles des parents** (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, comportement de l'enfant, énurésie nocturne etc.).  
 .....  
 .....

**REVENUS**

Pour simplifier vos démarches, la Mairie de Pérols peut obtenir vos revenus par échange automatisé ou consultation du service professionnel Cdap, dès leur mise à disposition, et si vous percevez des prestations liées à des conditions de ressources.

Oui J'autorise la Mairie à prendre en compte mes revenus Cdap et j'indique mon n° allocataire afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

N° Allocataire CAF

Non Je n'ai pas de numéro d'allocataire CAF (autres régimes : MSA...). Je fournis mes justificatifs de revenus (voir liste des pièces à fournir en fonction de ma situation) afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

Non Je ne souhaite pas fournir de justificatifs de revenus. J'accepte donc que le tarif maximum me soit appliqué.

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) M<sup>me</sup> / M. .... autorise

Oui  Non  
 ✎ Mon enfant à participer à toutes les activités organisées par la structure.

Oui  Non  
 ✎ Mon enfant à quitter seul l'établissement, à compter de la fin des activités.

Âge .....

Oui  Non  
 ✎ Mon enfant à participer aux activités baignades (Mer & piscine)

→ Pass nautique aquatique à partir de 6 ans

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non  
 ✎ Je souhaite recevoir à l' (aux) adresse(s) courriel(s) (pour la lettre d'information et les alertes) et sur le(s) téléphone(s) portable(s) ou fixe(s) (pour l'alerte sms) :

La lettre d'information de la ville de Pérols (actualités, agenda, l'information communale...)  Oui  Non

Les alertes (inondations, conditions climatique nécessitant une grande prudence...)  Oui  Non

Oui  Non  
 ✎ Accepte et reconnais avoir pris connaissance du (des) règlement(s) intérieur(s) applicable(s) au(x) service(s) auquel(s) mon enfant est inscrit. Je m'engage à en respecter l'ensemble des modalités.

Oui  Non  
 ✎ Je soussigné(e) M<sup>me</sup> / M. .... responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Signature du responsable légal**

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

À .....,

Le .....,

**Fiche d'inscription à retourner complétée à l'Espace Famille pour enregistrement et création du compte famille.**

**Tout dossier incomplet ne pourra être traité et vous sera rendu en intégralité**