



INSCRIPTION [ENFANT]



L'enfant

2021-2022

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

RÉPRÉSENTANT LÉGAL 1

Père Mère Tuteur

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

<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	Jugement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	Convention JAF <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	Autre
<input type="checkbox"/> En instance de divorce	
<input type="checkbox"/> 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
Diphtérie				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^{me} / 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)

→ Test d'aisance aquatique pour les 6/12 ans & ados

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^{me} / 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