


# FICHE D'INSCRIPTION

## 2024-2025

| ENFANT      |   |
|-------------|---|
| Identité    | Photo (*)   |
| Nom :       |  |
| Prénom :    |   |
| Sexe :      |   |
| Naissance : |   |
| A :         |   |
| Email :     |   |
| Tel :       |   |

\* A fournir si manquant.

| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE |
|---------------------------------|
| Assureur :                      |
| Num :                           |

| RESPONSABLE LEGAL  |  |
|--|--|
| Responsable 1  | Responsable 2  |
| Nom :  | Nom :  |
| Prénom :   | Prénom :   |
| Profession :   | Profession :   |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| Date de naissance : :  | Date de naissance : :  |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez)  | Type : Père / Mère / Autre (Précisez)  |
| Adresse :  | Adresse :  |
| Email :  | Email :  |
| Tél. :   | Tél. :   |
| Portable :   | Portable :   |
| Tél. Pro. :  | Tél. Pro. :  |

**PERSONNES A CONTACTER**

**Contacts existants**

**Nouveaux contacts**

| Contact                               |           | Contact                               |           |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Nom :                                 |           | Nom :                                 |           |
| Prénom :                              |           | Prénom :                              |           |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           |
| Tél. :                                |           | Tél. :                                |           |
| Portable :                            |           | Portable :                            |           |
| Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON | Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON |

| Contact                               |           | Contact                               |           |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Nom :                                 |           | Nom :                                 |           |
| Prénom :                              |           | Prénom :                              |           |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           |
| Tél. :                                |           | Tél. :                                |           |
| Portable :                            |           | Portable :                            |           |
| Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON | Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON |

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES  |           |
|---|-----------|
| Autorisations   | Réponse   |
| <b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).   | OUI / NON |
| <b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | OUI / NON |
| <b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.  | OUI / NON |
| <b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant              | OUI / NON |

| Appareillage   | Réponse   |
|--|-----------|
| <b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?                  | OUI / NON |
| <b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| <b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?   | OUI / NON |

| Handicap   | Réponse   |
|--|-----------|
| <b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | OUI / NON |

| Données complémentaires  |  |
|--|--|
| Numéro allocataire CAF :   |  |
| Si vous êtes extérieurs mais que les grands-parents sont Cravanchois, indiquer leur nom et adresse : |  |
| Nom et adresse de l'employeur du 1er responsable légal :   |  |
| Nom et adresse de l'employeur du 2nd responsable légal :   |  |

| Informations médicales |           |            |
|------------------------|-----------|------------|
| Médecin                | Téléphone | Spécialité |
|                        |           |            |

| Allergies |
|-----------|
|           |
|           |
|           |

| Pratiques alimentaires |
|------------------------|
|                        |
|                        |
|                        |

| Vaccin  | Fait le | Date rappel |
|---|---------|-------------|
| Covid   |         |             |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)                   |         |             |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)     |         |             |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B |         |             |
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)                                |         |             |
| Grippe  |         |             |
| Haemophilus influenzae b  |         |             |
| Hépatite A  |         |             |
| Hépatite B  |         |             |
| Méningocoque B  |         |             |
| Méningocoque C  |         |             |
| Papillomavirus humains  |         |             |
| Pneumocoque   |         |             |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)                                    |         |             |
| Tuberculose (BCG)   |         |             |
| Varicelle   |         |             |
| Autre   |         |             |

| Maladie | Date maladie | Observation |
|---------|--------------|-------------|
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |
|         |              |             |

## INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

Mode d'emploi :

Si vous désirez inscrire votre enfant à une des activités ci dessous, modifiez la semaine type et entourez la mention 'Ajouter'

Remarque : Les cases grisées correspondent à des jours où l'activité est fermée.

**Etablissement :Groupe scolaire Jean de la Fontaine**

| Activité              | Semaine type |   |   |   |   |   |   | Action      |
|-----------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|-------------|
| Garderie matin        | L            | M | M | J | V | S | D | --- Ajouter |
| Garderie midi         | L            | M | M | J | V | S | D | --- Ajouter |
| Garderie soir         | L            | M | M | J | V | S | D | --- Ajouter |
| Restauration scolaire | L            | M | M | J | V | S | D | --- Ajouter |

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Attestation assurance RC (valide jusqu'au : 31/08/2024)
- Certificat employeur (valide jusqu'au : 31/08/2024)
- PAI si concerné (valide jusqu'au : 31/08/2024)
- Photo
- Photocopies des vaccins à jour

## ATTESTATION

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire,
- attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure.

| Responsable 1 (*) |  | Responsable 2 |  |
|-------------------|--|---------------|--|
| Fait à :          |  | Fait à :      |  |
| Date :            |  | Date :        |  |
| Signature :       |  | Signature :   |  |

\* A remplir obligatoirement