_	•		/ I·
Rense	ıaneme	nts me	źdicaux

Vaccins obligatoires	oui	non	dates des der nier s rap pels	Y a t'il des renseignements concernant la santé de votre enfant que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel d'animation ? oui □ non □ ; si oui lesquels ?
Tétanos			P 0.0	
Ou DT polio				Joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant !
Ou Tétracoq BCG				
ВОО				Groupe sanguin :
En cas d'acc	ident	l'ent	fant dait-il	être conduit dans un établissement ou chez un médecin
				erre conduir dans un erabhssement ou chez un medecin
En cas d'accid	ent ar	n, leq	équine d'anim	ation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et
	_		• •	diquées (n° de téléphones en cas d'urgence). En cas d'accident bénin,
				ant consultáca noun mondro los décisions utilos ou bion êtro do
				<u>Autorisation parentale</u>
Te soussion	á(a) ·			
Je, soussign	e(e) .			
Responsable	de l'e	enfan	t :	
□ Certifie exa	cts les	rense	ianements no	rtés sur cette fiche
Les personnes	habilit	ees a	prendre en ch	arge mon enfant sont :
				eur pendant l'accueil. Nom de l'activité :
Lieu de l'activi	té :			h àh.
□ J'autorise m	on enf	ant à s	s'y rendre seu	ıl
□ J'autorise n	non en	fant à	s'y rendre ac	compagné. Personne autorisée à prendre en charge mon enfant pour
			·	
□ Mon enfant	sera a	bsent	de l'accueil à	partir de :h. Il pourra éventuellement revenir au Centre de
		z, pen	idant toute s	son absence, jusqu'à son retour, sous l'entière responsabilité de
Loisirs, mais i	i rest			
		aux.		
ses responsab	les lég		ance de la dis	ponibilité de projet pédagogique à la structure.
ses responsab	l es lég eu co	nnaiss		
ses responsab □ Assure avoir Fait à	l es lég eu co	nnaiss		ponibilité de projet pédagogique à la structure.
ses responsab	l es lég eu co	nnaiss		
ses responsab □ Assure avoir Fait à	l es lég eu co	nnaiss		
ses responsab □ Assure avoir Fait à	l es lég eu co	nnaiss		
ses responsab □ Assure avoir Fait à	l es lég eu co	nnaiss		





Fiche d'inscription Année 2021-2022	Téléphone :			
N° de téléphones en cas d'urgence (noms et numéros) :	Ville de naissance :			
	Sexe: M D F D			
	Ecole :			
	Mail :			
Identité Responsable légaux :				
Responsable légal 1 :	Responsable légal 2 :			
Nom :	Nom:			
Prénom :	Prénom :			
Profession:	Profession:			
Employeur:	Employeur :			
☎ (travail):	☎ (travail):			
n° portable :	n° portable :			
Mail :	Mail:			
→ N° d'Allocataire à la CAF d'I&V :				
Si vous n'êtes pas ressortissant du régime	e général, quel est votre régime :			
→ N° de Sécurité Sociale (de la personi	ne qui assure la couverture sociale de l'enfant) :			
→ Assurance Responsabilité Civile de vo	. , 5			
	avoir eu connaissance de l'intérêt à souscrire un			
contrat d'assurance responsabili				
→ Merci de joindre vos bons caf ou ms	a, si vous en etes beneticiaires ! ents familiaux (document délivré par la CAF			
A reminer emonier is dionhe de dooms	ans rummaux (accument delivre par la CAF			

Personne à inscrire

Prénom : _____

Adresse:_____

NOM:_____

ou la MSA) et nous donner le justificatif :							
Α	В	С	D	E			
Inférieur à 600 €	De 600 à 780 €	De 780 à 1050 €	De 1050 à 1300 €	Supérieur à 1300 €			