FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027

ENFANT	
Identité	**Photo (*)**
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	* A fournir si manquant.
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	**Responsable 2**
Nom :	**Nom :**
Prénom :	**Prénom :**
Nom de naissance (si allocataire du foyer) :	**Nom de naissance (si allocataire du foyer) :**
Profession :	**Profession :**
Catégorie socio-professionelle :	**Catégorie socio-professionelle :**
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 :**
Pays de naissance :	**Pays de naissance :**
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	**Ville de naissance (si pays de naissance = France) :**
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	**Adresse :**
Email :	**Email :**
Tél. :	**Tél. :**
Portable :	**Portable :**
Tél. Pro. :	**Tél. Pro. :**
Numéro fiscal :	**Numéro fiscal :**

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**
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment dâtée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : 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
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : 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
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

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

Données complémentaires	
9-17 ans : PASS NAUTIQUE :	... / oui / non
Adhésion annuelle Local Jeunes 14/17 :	... / Oui / Non
Ecole fréquentée :	Autres / Ecole M/P Centre / Ecole M/P Sud / Ecole M/P Nord / Ecole M/P Privée / Ecole M/P EXT / College Marie Rivier / College le Laoul / College EXT / Lycée

N° Allocataire CAF :	

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 ACWY		
Méningocoque B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Maladie	Date maladie	Observation

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- ASSURANCE 2025/2026 (valide jusqu'au : 31/08/2026)

- VACCINS 2025/2026 (valide jusqu'au : 31/08/2026)

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- 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 lintérêt à souscrire un contrat dassurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas dincident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur lhonneur être titulaires de lautorité parentale et certifions sur lhonneur les renseignements portés par ce formulaire.

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

*** A remplir obligatoirement**