

Dossier d'inscription à remplir dans le cas d'une première inscription à un des services Enfance de la commune

1 fiche par enfant

<b>NOM</b>		<b>PRENOM</b>		
<b>DATE NAISSANCE</b>		<b>AGE</b>		<b>SEXE</b> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">F / M</span>

Responsable légal de l'enfant				Conjoint ou autre			
<b>Civilité</b>		<b>Qualité</b>		<b>Civilité</b>		<b>Qualité</b>	
Mr	Mr et Mme	Père		Mr	Mr et Mme	Père	
Mme	Melle	Mère		Mme	Melle	Mère	
<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>		<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>	
<b>Adresse</b>				<b>Adresse</b>			
<b>Code Postal</b>		<b>Ville</b>		<b>Code Postal</b>		<b>Ville</b>	
<b>Téléphone domicile</b>		<b>Téléphone professionnel</b>		<b>Téléphone domicile</b>		<b>Téléphone professionnel</b>	
<b>Téléphone Mobile</b>		<b>Email</b>		<b>Téléphone Mobile</b>		<b>Email</b>	
<b>Profession (facultatif)</b>		<b>Employeur</b>		<b>Profession (facultatif)</b>		<b>Employeur</b>	
<b>Adresse employeur</b>				<b>Adresse employeur</b>			
<b>Situation :</b> marié/séparé/divorcé/veuve/concubin/célibataire/pacsé				<b>Situation :</b> marié/séparé/divorcé/veuve/concubin/célibataire/pacsé			

Compagnie d'assurance scolaire et Extra-scolaire

N°police d'Assurance


**Tous les changements de situation ou de coordonnées doivent être signalés au plus vite aux services que les enfants fréquentent.**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>	<b>DATE NAISSANCE :</b>
Poids :	Taille :	
<i>(Informations nécessaires en cas d'urgence)</i>		

**Personnes à prévenir en cas d'accidents :**

Nom	Prénom	Téléphone
-----	--------	-----------

**La vaccination (Joindre une copie des vaccins)**

Vaccins obligatoires	Oui/non	Date dernier rappel		Vaccins recommandés	Oui/non	Date dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				Rubéoles/Oreillons/Rougeole		
Poliomyélite				Coqueluche		
Ou DT Polio				Autres (préciser)		
Ou Tétracoq				BCG		

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

**Les allergies**

Alimentaires : \_\_\_\_\_

Médicamenteuses : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**Pour les allergies alimentaires joindre un certificat médical.**

Pour toute autre allergie : fournir un certificat médical, ou préciser les symptômes et la conduite à tenir :

**L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter ?**

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser si nécessaire.

**Santé**            Oui/Non            J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Activités**        Oui/Non            J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les organisateurs, ainsi qu'à la baignade.

**Arrivées /Sorties**

Oui/Non            Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après le pointage de l'enfant et après les horaires d'accueil.

Oui/Non            J'autorise mon enfant à partir seul et je décharge l'équipe d'encadrement de tout accident survenant après son départ.

Oui/Non            J'autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant au sein des différentes structures

NOM ET PRÉNOM	Téléphone	Lien de parenté

**Photos**            Oui/Non            J'autorise le personnel à prendre mon enfant en photos ou à le filmer lors des activités. Les photos pourront être utilisées dans un but d'informations ou de promotion (journaux/site Internet de la commune)

**J'atteste avoir lu et compris le règlement intérieur de ou des structures d'accueil enfance de la commune, le fonctionnement, des tarifs ainsi que les modalités d'inscription et de paiement.**

**Date :** \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_

**FACTURATION ET PAIEMENT - A REMPLIR POUR LES ENFANTS  
UTILISANT L'ACCUEIL DE LOISIRS**

**Habitants de Romagné**

Allocataires CAF

N° CAF\*

J'autorise le personnel habilité à se rendre sur le site CAF PRO pour connaître le quotient CAF de la famille.

Je n'autorise pas le personnel habilité à se rendre sur le site CAF PRO et décide de donner les documents nécessaires à la facturation (soit une notification de la CAF indiquant le quotient, soit une copie de l'avis d'imposition accompagnée du justificatif des prestations familiales du mois précédent

Je ne donne aucun élément. Le montant le plus fort me sera facturé

Allocataires MSA

N°MSA\*

Je transmets tous les éléments nécessaires à la facturation.

Je ne donne aucun élément. Le montant le plus fort me sera facturé

Allocataires autres régimes :

**Habitants hors commune**

Allocataires CAF

N° CAF\*

Allocataires MSA

N°MSA\*

**\* Le numéro CAF ou MSA est obligatoire si vous dépendez de ces 2 caisses, même si vous ne percevez pas d'allocations.**