

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

1 fiche par enfant

NOM	<input type="text"/>	PRENOM	<input type="text"/>
DATE NAISSANCE	<input type="text"/>	AGE	<input type="text"/>
		SEXE	<input type="text" value="F / M"/>

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

Compagnie d'assurance scolaire et Extra-scolaire

N°police d'Assurance

<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

NOM :	PRENOM :	DATE NAISSANCE :
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.**

Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre enfant à l'ALSH, et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (R.G.P.D.), les données personnelles collectées sont utilisées uniquement dans le cadre des missions de service public de la commune. Vous disposez de droits sur les données vous concernant. Pour exercer vos droits (information, accès, rectification, suppression, effacement, portabilité, recours), merci de contacter la Mairie de Romagné au 02.99.98.81.11 ou par mail à mairie@romagne35.com.