

Cadre réservé à l'administration

.....

.....

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  Garçon  Fille

## LA FAMILLE

Nombre d'enfant(s) à charge : ..... Nombre d'adulte(s) : .....

Nombre de personne(s) en situation de handicap : .....

## LES PARENTS

### PARENT 1 / TUTEUR (TRICE) 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° domicile : ...../...../...../...../.....

N° portable : ...../...../...../...../.....

Profession : .....

Catégorie socioprofessionnelle \*\*: .....

Employeur : .....

Tél professionnel : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

Situation familiale : Mariés  Vie maritale  Pacsés   
Divorcés  Séparés  Monoparental  Veuf

### PARENT 2 / TUTEUR (TRICE) 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° domicile : ...../...../...../...../.....

N° portable : ...../...../...../...../.....

Profession : .....

Catégorie socioprofessionnelle \*\*: .....

Employeur : .....

Tél professionnel : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

Situation familiale : Mariés  Vie maritale  Pacsés   
Divorcés  Séparés  Monoparental  Veuf

(Précisez) En cas de divorce/séparation, l'autorité parentale est exercée par : La mère  Le père  Les 2 conjointement\*   
\*merci de fournir un planning pour que nous sachions qui vient chercher l'enfant

\*\* 01 - Agriculteurs, exploitants ; 02 - Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; 03 - Cadres, professions libérales ; 04 - Professions intermédiaires ;  
05 - Employés ; 06 - Ouvriers ; 07 - Retraités ; 08 - Sans activité professionnelle

## SITUATION

Régime allocataire :  Régime général (CAF)  MSA N° allocataire\* : .....

Quotient familial : ..... Nom du bénéficiaire : .....

\*si non renseignées, le tarifs le plus élevé sera appliqué.

## FICHE MEDICALE

### MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Tel : .....

Votre enfant est-il bénéficiaire d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?  OUI  NON

Votre enfant est-il reconnu en situation de handicap ou a-t-il une  
demande de reconnaissance en cours auprès de la MDPH ?  OUI  NON

ALLERGIE(S)  OUI  NON TRAITEMENT(S)  OUI  NON

si oui précisez : .....

Rappel important : Le personnel de l'association n'est pas habilité à donner des médicaments aux enfants.

**VACCINS. Pour les enfants de moins de 6 ans UNIQUEMENT - Vaccinations obligatoire en collectivité**

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant ..... atteste que ce dernier est à jour de ses vaccinations obligatoires pour être accueilli en collectivité (pour plus d'information voir document sur votre espace famille). Je m'engage à fournir une copie de son carnet de vaccination soit auprès de la garderie, soit en le joignant dans mon espace famille.

**ALIMENTATION**

COCHEZ SI DEMANDE DE REPAS ADAPTES

végétarien

sans porc

autres

Commentaires : .....

**URGENCE**

**PERSONNES A JOINDRE PAR ORDRE DE PRIORITE :**

Nom :	Prénom :	Tél :	Lien avec l'enfant :
.....	.....	...../...../...../...../.....	.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	.....

**En cas d'urgence, je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant ..... AUTORISE** le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé dudit enfant.

**DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....  
..... **AUTORISE / N'AUTORISE PAS** \* que ce dernier soit photographié et que ces images puissent être utilisées sur les supports de l'association (photos, site internet, programmes,...)  
\*barrez la mention inutile

**AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....  
..... **AUTORISE / N'AUTORISE PAS** \* que ce dernier parte seul du centre de loisirs.  
Si oui, à partir de : .....h.....  
\*barrez la mention inutile

**PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

Nom :	Prénom :	Tél :	Lien avec l'enfant :
.....	.....	...../...../...../...../.....	.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	.....

**Je soussigné(e),** Mr et Mme, Mr ou Mme : ..... Père, mère, tuteur, tutrice, responsable de l'enfant,  
- Confirme la présente demande d'inscription ainsi que l'exactitude des renseignements inscrits, et autorise mon enfant à participer à toutes les activités.  
- M'engage à signaler ou modifier sur l'Espace Famille dans les plus brefs délais, tout changement des renseignements portés sur la fiche.  
- Atteste avoir pris connaissance du règlement des prestations de la Ronde des Bambins.

Date : ...../...../.....  
Signature(s)

"Lu et approuvé"