



# FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE ET CANTINE 2024-2025

| ENFANT      |  |
|-------------|--|
| Identité    |  |
| Nom :       |  |
| Prénom :    |  |
| Sexe :      |  |
| Naissance : |  |
| A :         |  |
| Ecole :     |  |
| Classe :    |  |

| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE |  |
|---------------------------------|--|
| Assureur :                      |  |
| Num :                           |  |

| RESPONSABLE LEGAL  |  |
|--|--|
| Responsable 1  | Responsable 2  |
| Nom :  | Nom :  |
| Prénom :   | Prénom :   |
| Profession :   | Profession :   |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez)  | Type : Père / Mère / Autre (Précisez)  |
| Facture par courrier : OUI / NON   |  |
| Adresse :  | Adresse :  |
| Email :  | Email :  |
| Fixe :   | Fixe :   |
| Portable :   | Portable :   |
| Tél. Pro. :  | Tél. Pro. :  |

| PERSONNES A Contacter                    |           |  |           |
|--|-----------|--|-----------|
| Nouveaux contacts                        |           |  |           |
| Contact                                  |           | Contact                                  |           |
| Nom :                                    |           | Nom :                                    |           |
| Prénom :                                 |           | Prénom :                                 |           |
| Type : Amis / Famille / Autre (Précisez) |           | Type : Amis / Famille / Autre (Précisez) |           |
| Fixe :                                   |           | Fixe :                                   |           |
| 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 : Amis / Famille / Autre (Précisez) |           | Type : Amis / Famille / Autre (Précisez) |           |
| Fixe :                                   |           | Fixe :                                   |           |
| 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   |
| <b>Partir seul :</b> Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).   | OUI / NON |
| <b>Prise de photo :</b> 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 |
| <b>Sport :</b> Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.  | OUI / NON |
| <b>Hospitalisation :</b> 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   |
|--|-----------|
| <b>Lunettes :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?                  | OUI / NON |
| <b>Appareil dentaire :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| <b>Appareil auditif :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?   | OUI / NON |

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

| Données complémentaires |           |
|-------------------------|-----------|
| AUTRE INFO :            |           |
| REPAS PN :              | OUI / NON |

| Informations médicales |           |            |
|------------------------|-----------|------------|
| Médecin                | Téléphone | Spécialité |
|                        |           |            |

| Allergies |
|-----------|
|           |
|           |
|           |

| Spécificités alimentaires |
|---------------------------|
|                           |
|                           |
|                           |

| Contre-indication | Date de début | Date de fin | Observation |
|-------------------|---------------|-------------|-------------|
|                   |               |             |             |
|                   |               |             |             |
|                   |               |             |             |
|                   |               |             |             |
|                   |               |             |             |

### LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL CAF/MSA 2024/2025
- ATTESTATION VACCINATION (photocopie carnet de santé)
- FICHE RENSEIGNEMENTS 2024/2025 (cette fiche)
- MANDAT SEPA 2024/2025 et RIB 2024/2025 (si vous souhaitez être prélevé)

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

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure (disponible sur notre site internet).
- 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 l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels.
- Autorisons le responsable de la structure, à communiquer nos coordonnées pour les besoins du service public (facturation, recouvrement dettes, incident impliquant notre enfant, évènementiel, etc...)
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

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

\*A remplir obligatoirement