

FICHE D'INSCRIPTION Mineur - Accueil Libre

Année: 2019/2020

N°:



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

En cas d'accident :

Nom et N° tél de la personne à prévenir en cas d'accident:

<u>N° Téléphone domicile :</u>	<u>Adresse e-mail :</u>
<u>N° Téléphone portable :</u>	

Activités	Jours	Heures

Je soussigné(e).....(1),
autorise, la prise de toutes mesures médicales concernant(2) en
cas de nécessité (traitements médicaux, hospitalisations, anesthésies, interventions chirurgicales)
[ou concernant mon enfant s'il est mineur].

Je déclare par cette inscription avoir pris connaissance et accepter le Règlement Intérieur.

Fait à Saint-Mandé, le :/...../.....

Signature du parent ou du représentant légal

Précédée de la mention « lu et approuvé »



(1) Nom et prénom

(2) Nom du mineur concerné

CERTIFICAT MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL

pour les mineurs, à faire remplir par le médecin traitant

Le certificat médical doit être daté de moins de 3 mois à la date de l'inscription. Cachet et signature du médecin obligatoires.

Le docteur en médecine soussigné, certifie, après avoir examiné le ou la jeune :

.....

âgé(e) de, qu'il ou elle ne présente aucune contre-indication médicale ou cliniquement décelable empêchant la vie en collectivité et la pratique d'activités physiques ou sportives.

Date :

Signature et cachet :

Observations éventuelles :

FICHE SANITAIRE ET FAMILIALE DE LIAISON

1. ENFANT

Nom :

Prénom:

Date de naissance :/...../.....

Age :

Lieu de Naissance :

Sexe : F M

Adresse de l'enfant :

Etablissement scolaire fréquenté :

Niveau scolaire 2019/2020 :

2. FAMILLE

▪ PARENTS

	Représentant n°1 de la famille	Représentant n°2 de la famille
Nom		
Prénom		
Adresse		
Lien de parenté avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
 domicile		
 professionnel		
 portable		
@ mail		

3. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

N° de sécurité sociale assurant l'enfant :

/ - / - - / - - / - - / - - - / - - - / - - - /

Assurance en responsabilité civile :

Nom de la Compagnie :

N° du Contrat:

Régime d'appartenance:

Régime général MSA Autres:

N° CAF:.....

Coordonnées du médecin traitant habituel :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant:

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Qualité (lien de parenté avec l'enfant)

4. INFORMATIONS ALIMENTAIRES

Régimes: Sans porc Sans viande Allergies alimentaires avec PAI

Précisez lesquelles:.....

4 .VACCINATIONS:**PAS DE PHOTOCOPIE**

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Cocher les maladies déjà contractées par l'enfant: ANGINE VARICELLE
 ROUGEOLE SCARLATINE COQUELUCHE OTITE OREILLONS
 RHUMATISMES AUTRES:.....

ALLERGIES: OUI NON

Précisez:.....
.....

Si oui, l'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)? OUI NON

Si oui, motifs et date du PAI:.....

6. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES: A renseigner obligatoirement

Votre enfant porte - t-il des lentilles de contact : OUI NON

Des Lunettes: OUI NON

Des Prothèses auditives: OUI NON

Des Prothèses ou appareil dentaires: OUI NON

Autres recommandations / précisez (ex qualité de peau, crème solaires...)

7. Autorisation de droit à l'image

J'accepte que les photos ou les vidéos dans lesquelles figure l'image de mon enfant, prises dans le cadre des activités de l'Inter'Val, soit diffusées dans les supports de communication (papier, numérique, réseaux sociaux) de la ville.

oui non

8. Autorisation à la pratique des activités

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités (sorties, activités sportives, baignades...)

oui non

► Pièces obligatoires à fournir à l'inscription :

1 justificatif de domicile de moins de 3 mois

2 photos d'identité,

1 règlement pour l'inscription annuelle

Les sommes sont à régler en espèces, CB ou en chèque à l'ordre du Trésor Public

L'inscription n'est définitive qu'à réception du dossier complet