



MAIRIE DE SAINTE FEYRE

FICHE D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE/JEUNESSE/EDUCATION
ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

SPECIAL
11 - 13 ans



NOM et PRENOMS DE L'ENFANT :

Sexe féminin masculin Né(e) le : à

COLLEGE : COMMUNE :

Classe : 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} Autre Précisez :

N° d'assurance responsabilité civile (**obligatoire**) :

Coordonnées de la compagnie :

N° de sécurité social :

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINATION ANTITUBERCULEUSE : BCG		TESTS TUBERCULINIQUES		ANTIPOLIOMYELITIQUE ANTIDIPHTERIQUE- ANTITETANIQUE ANTICOQUELUCHEUSE- ANTIHAEMOPHILUS ANTIHEPATITE B		ANTIROUGEOLEUSE ANTIRUBEOLIQUE- ANTIOURLIENNE AUTRES VACCINATIONS	
DATES	METHODE	DATES	TEST ET RESULTATS	FATE	VACCIN/DOSE/LOT	DATE	VACCIN/DOSE/LOT

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases) :

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il des allergies, si oui lesquelles (obligation d'un Projet d'Accueil Individualisé)

Nom du médecin traitant et adresse

Téléphone OBSERVATIONS (ex: contre indication médicale, régime alimentaire etc...)

N° ALLOCATAIRE CAF : ou MSA :

RENSEIGNEMENT SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX

NOM et PRENOMS DU PERE :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone Domicile : Portable : Email :

Profession Téléphone Professionnel :

Nom et adresse de l'employeur :

NOM et PRENOMS DE LA MERE :

NOM JEUNE FILLE :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone Domicile : Portable : Email :

Profession Téléphone Professionnel :

Nom et adresse de l'employeur :

EN CAS DE SEPARATION :

Garde alternée : oui non

Si oui, merci de bien vouloir nous transmettre une copie du jugement de garde

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS :

Seuls les parents exerçant l'autorité parentale et les personnes dûment mandatées par eux peuvent retirer les enfants au plus tard à la fin de la période normale de fonctionnement des structures.

PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL. DOMICILE	TEL. TRAVAIL

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL. DOMICILE	TEL. TRAVAIL

SEULES LES PERSONNES NOTEES SUR CETTE FICHE SERONT AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

PRE - INSCRIPTION AUX ACTIVITES EXTRASCOLAIRES :

	ACCUEIL DE LOISIRS
MERCREDIS	
PETITES VACANCES	
GRANDES VACANCES	

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul des accueils : OUI NON

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise mon enfant

À être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photos et/ou vidéos effectué pour les accueils péri et extrascolaires de Sainte Feyre lors des ateliers éducatifs.

À utiliser la diffusion de ces photographies et/ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions sur notre page **FACEBOOK**.

AUTORISATION DE SOIN :

Je soussigné (e)

Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant

AUTORISE le responsable à donner les soins médicaux nécessaires et en cas d'urgence à appeler le médecin ou les pompiers, et

M'ENGAGE à régler les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

Date.....

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé" rédigée à la main

<u>PARTIE RESERVEE A LA MAIRIE :</u>	PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
Montant du quotient familial : Allocataire CAF <input type="checkbox"/> Allocataire MSA <input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> Fonction publique <input type="checkbox"/> Autre régimes <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Joindre un RIB ou un RIP
INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS	<input type="checkbox"/>
INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE OU APE	<input type="checkbox"/>
INSCRIPTION CANTINE	<input type="checkbox"/>