

ENFANT

Identité		Photo
NOM :	Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
Date et lieu de naissance :		
Ecole :	Classe :	

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable 1	Responsable 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lien : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	Lien : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :
Adresse : Code postal - Ville :	Adresse : Code postal - Ville :
Situation familiale :	Situation familiale :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Portable :	Portable :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
N° d'allocataire CAF ou MSA :	N° d'allocataire CAF ou MSA :

POUR LES PARENTS SÉPARÉS

Une garde alternée est-elle en place : OUI NON

Si OUI, précisez :

Les modalités de garde :	Les modalités d'inscription et facturation :
	<input type="checkbox"/> unique, précisez le responsable :
	<input type="checkbox"/> séparée (chaque parent aura un compte et une facture)

IMPORTANT : En cas de séparation ou divorce, l'enfant sera remis indifféremment au père ou à la mère, sauf si une décision juridique atteste de la déchéance de l'autorité parentale de l'un des parents.

Dans ce cas, fournir une copie de l'acte de justice.

PERSONNES A CONTACTER (autres que les parents)

Contact	Contact
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Lien (Précisez) :	Lien (Précisez) :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE Joindre obligatoirement une attestation

Assureur (nom et adresse)

Numéro du contrat :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**Autorisations**

Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur la structure, une autorisation parentale datée et signée est obligatoire. **À joindre avec la fiche d'inscription.**

 OUI
 NON

Prise d'image : 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

Prise de voix : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de la voix de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages (web radio, interview, podcast, etc.) portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.

 OUI
 NON

Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (prise en charge de mon enfant par les pompiers, etc.)

 OUI
 NON

Pratiques alimentaires	Cochez
Repas classique	<input type="checkbox"/>
Repas sans porc	<input type="checkbox"/>
Repas sans viande	<input type="checkbox"/>
Repas intolérance alimentaire (Prendre contact avec l'accueil de loisirs)	<input type="checkbox"/>

Médecin (Nom et adresse)

Téléphone

Appareillage

Lunettes : Votre enfant porte-t-il des lunettes ou des lunettes? OUI NON

Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? OUI NON

Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? OUI NON

Allergies fournir OBLIGATOIREMENT un justificatif médical

Asthme OUI NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :

Médicamenteuse OUI NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :

Alimentaire OUI NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :

Autres, précisez la cause et la conduite à tenir :

Handicap

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? OUI NON

P A I (projet d'accueil individualisé)

Votre enfant dispose-t-il d'un P A I ? **Si OUI joindre obligatoirement une copie du PAI** OUI NON

Vaccin ou <u>Joindre une copie des vaccinations</u>	Fait le	Date rappel
Diptérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCaP)		
Haemophilus influenzae b (Hib)		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Pneumocoque (PnC)		
Méningocoque C		
Tuberculose (BCG)		
Hépatite A		
Hépatite B (Hep B)		
Varicelle		
Grippe		
Autre (Précisez) :		
Autre (Précisez) :		
Autre (Précisez) :		

Maladies	Date	Observation

Difficultés de santé - Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

ATTESTATION

Nous soussignons :

Responsable 1 : (Nom Prénom)

Responsable 2 : (Nom Prénom)

Responsables légaux de l'enfant :

Nom Prénom de l'enfant :

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure
- Certifions exacts les renseignements portés sur 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, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Autorisons l'association Les Francas à consulter le Quotient Familial par le biais CDAP (Consultation des Données Allocataires par les Partenaires).
- Autorisons notre enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, dans l'accueil de loisirs ou à l'extérieur y compris avec des déplacements (bus, à pied, etc.)
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Nous engageons à fournir les documents nécessaires à l'inscription (attestation d'assurance responsabilité civile, avis d'imposition ou attestation de quotient familial, vaccinations, PAI, notification d'aides aux temps libres CAF de l'année en cours).
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement de l'accueil de loisirs.
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir dès lors que l'enfant est prise en charge par un responsable autorisé.
- Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) : En remplissant ce formulaire, j'accepte que les informations fournies soient exploitées dans le cadre du service périscolaire des Francas.

Responsable 1	Responsable 2
Fait à	Fait à
Date	Date
Signature	Signature

Documents à joindre obligatoirement avec la fiche d'inscription

<input type="checkbox"/> Copie des vaccinations	<input type="checkbox"/> Attestation QF CAF ou MSA
<input type="checkbox"/> Coupon du règlement intérieur signé	<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance scolaire 2022
<input type="checkbox"/> Copie du Protocole Accueil Individualisé (si PAI)	<input type="checkbox"/>



Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte