



Fiche d'inscription
Service Enfance-Jeunesse
Accueil de loisirs (Périscolaire matin-soir-Mercredi-Vacances)

Tel : 04 70 34 59 75 ou 04 70 48 11 37
Mail : c.quesada-vial@mairie-dompierre03.fr

Enfant :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Classe fréquentée :

Nom de l'enseignant :

Né(e) le __ / __ / ____ à

Régime : CAF / MSA / Autres

N° :

Assurance :

N° de police :

Fiche Père/Mère/responsable légal :	Fiche Père/Mère/responsable légal :
Nom _____ Prénom _____	Nom _____ Prénom _____
Né(e) le __ / __ / ____ à _____	Né(e) le __ / __ / ____ à _____
Nationalité : _____	Nationalité : _____
Téléphone 1 : _____	Téléphone 1 : _____
Téléphone 2 : _____	Téléphone 2 : _____
Mobile : _____	Mobile : _____
Adresse : _____ _____ _____	Adresse : _____ _____ _____
N° Allocataire CAF ou MSA _____	N° Allocataire CAF Ou MSA : _____
Profession : _____	Profession : _____
Société : _____	Société : _____
Tel. Professionnel : _____	Tel. Professionnel : _____
E-mail : _____	E-mail : _____
Situation familiale : _____	Situation familiale : _____
Autorité Parentale : Oui / Non	Autorité Parentale : Oui / Non

DIVERS	
Votre enfant suit-il un traitement permanent ? oui non <u>Si oui , joindre une ordonnance récente, les médicaments correspondants et une autorisation à destination du personnel</u> <u>AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE</u>	
Habitudes à signaler (sieste, doudou.....) :	
Allergies connues (asthme, médicamenteuse, alimentaire) : préciser la cause et la conduite à tenir :	
Votre enfant porte-t-il Lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires? Merci de préciser	

Autorisations		Commentaires
Autorisation hospitalisation	oui / non	Etablissement Hospitalier :
Autorisation de sortie pour les activités organisées en dehors de l'accueil de loisirs	oui / non	
Départ seul	oui / non	
Prise d'images	oui / non	
Diffusion d'images	oui / non	
Transport collectif en minibus ou car	oui / non	

Médecin traitant	Adresse	Téléphone

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant autres que les parents

Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence

Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès des responsables de la structure.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.

Documents à fournir :

- photocopie du dernier avis d'imposition
- certificat d'assurance peri et extrascolaire
- photocopie du carnet de vaccination
- en cas de séparation : copie du jugement du juge des affaires familiales s'il existe