



## FICHE D'INSCRIPTION

Photo

2020 - 2021

### ENFANT

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de Naissance:

A:

Adresse

Email:

Tel:

N° d'Allocataire (CAF)

### ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Assureur:

Numéro

**RESPONSABLE LEGAL**

Responsable 1		Responsable 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Père/ Mère/ autre (précisez)		Père/ Mère/ autre (précisez)	
Adresse:		Adresse:	
Email		Email	
TEL:		TEL:	
Portable:		Portable:	
TEL PRO:		TEL PRO:	

**PERSONNE A CONTACTER**

Contact 1			Contact 2		
Nom			Nom		
Prénom			Prénom		
Père/ Mère/ autre (précisez)			Père/ Mère/ autre (précisez)		
TEL:			TEL:		
Portable:			Portable:		
TEL PRO:			TEL PRO:		
Appel en cas d'urgence	Oui	Non	Appel en cas d'urgence	Oui	Non
Autorisé a récupérer l'enfant	Oui	Non	Autorisé a récupérer l'enfant	Oui	Non

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

### AUTORISATIONS

<b>Prise de photo:</b> <i>Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportage, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.</i>	Oui	Non
--	-----	-----

<b>Sport:</b> <i>Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.</i>	Oui	Non
--	-----	-----

<b>Hospitalisation:</b> <i>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.</i>	Oui	Non
---	-----	-----

### Appareillage

<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

<b>Handicapé :</b> Votre enfant a t'il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	Oui	Non
--	-----	-----

### Données complémentaires

MEDECIN	Téléphone	Spécialité

Allergie

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date de Rappel	Maladie	date	observation
Diphtérie, Tetanos, Coqueluche, Pollomyélite (DTCP)					
Diphtérie, Tetanos, Coqueluche, Pollomyélite Haemophilus (DTCPH)					
Diphtérie, Tetanos, Coqueluche, Pollomyélite Haemophilus, hépatite B					
Diphtérie, Tetanos, Coqueluche, Pollomyélite					
Grippe					
Haemophilus, influenzae b					
Hépatite B					
Hépatite A					
Méningocoque C					
Papillomavirus humains					
Pneumocoque					
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)					
Tuberculose (BCG)					
Varicelle					
Autre					

Contre indication	date de début	date de fin	Observation

**ATTESTATION**

Nous soussignés	
-----------------	--

rsponsables légaux de l'enfant	
--------------------------------	--

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure
- 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, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les référence de notre assurance au tiers lésé sur sa demande .
- Attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés sur ce formulaire

Responsable 1

Responsable 2

Fait à  
date  
Signature

Fait à  
date  
Signature

