



FICHE D'INSCRIPTION 2 – 3 ans

Renseignements concernant l'enfant : Fille Garçon

Nom : Prénom :

Age :

Né(e) le : Lieu de Naissance :

N° CAF : Quotient Familial :

Juillet : du 8 au 12 juillet du 15 au 19 Juillet du 22 au 26 Juillet

Aout : du 29 juillet au 2 Août du 5 au 9 Août

Transport /Acheminement :

Je, soussigné(e), (nom et prénom) :.....autorise mon enfant à

repartir : seul ou accompagné

Ramassage BUS : Maison de l'Animation Place du Général De Gaulle

Carrefour St Marceau Darty

Pièces à joindre impérativement lors de l'inscription :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Attestation paiement CAF | <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile | <input type="checkbox"/> Photocopie de carte d'identité de l'enfant |
| <input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de vaccination | <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison |
| <input type="checkbox"/> Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives | <input type="checkbox"/> Parents divorcés, jugement si interdiction pour l'un des parents de reprendre l'enfant |
| <input type="checkbox"/> Règlement intérieur | |

Renseignements concernant les parents :

Mère :

Autorité parentale : oui / non

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

☎ du domicile : / / / /

☎ portable : / / / /

☎ du lieu de travail : / / / /

Courriel:.....

Père :

Autorité parentale : oui / non

Nom :

Prénom

Adresse :.....

Code postal :

Ville :

☎ du domicile : / / / /

☎ portable : / / / /

☎ du lieu de travail : / / / /

Courriel :

Autre personne en responsabilité de l'enfant et fonction :

Autorité parentale : oui / non

Nom : Prénom

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ du domicile : / / / / ☎ portable : / / / /

☎ du lieu de travail : / / / /

Courriel :

PERSONNES A CONTACTER (en cas d'urgence) :

(En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.)

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :

☎ : / / / /

☎ : / / / /

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom - Prénom : - ☎ / / / /

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

père, mère, tuteur, responsable de l'enfant

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- autorise mon fils/ma fille à participer aux activités proposées, y compris en dehors de la structure,
- Accepte que mon enfant figure sur un film ou dans un reportage photos pouvant être diffusées dans un bulletin municipal ou dans la presse ou réseaux sociaux :

OUI - NON

- Autorise le(la) responsable à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche en cas d'accident grave

- Autorise les services médicaux sur place à apporter les soins nécessaires urgents, à prendre toute disposition préalable (telle anesthésie) ou postérieure à une opération

OUI - NON

A Louvroil, le _____

Signatures des Parents :