

**Document à compléter une fois par an  
et valable pour chaque animation**  
du 1er janvier au 31 décembre

Je soussigné(e), ....., mère, père, tuteur\*,  
responsable légal de : .....

- ⇒ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- ⇒ Autorise le responsable de l'animation à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin.
- ⇒ Je m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille.

**J'autorise le Centre Social à prendre des photos de mon enfant et à les diffuser sur les différents supports : presse locale, blog jeunesse et site internet**

**OUI          NON          Y compris Facebook :          OUI          NON**

**J'autorise les animateurs de l'Atelier à transporter mon enfant lors des différentes activités.**

**OUI          NON**

**J'autorise le Centre Social à consulter CAFPRO pour obtenir mon numéro d'allocataire et quotient familial.**

**OUI          NON**

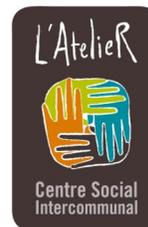
**A réglé l'adhésion annuelle de 5 € (valable pour toutes les personnes du foyer)**

**OUI          NON**

Réglement          Espèces                    Chèque         

Fait à ..... Le .....

Signature .....



# Dossier d'inscription 2018

## Animations Enfance communales ou intercommunales

**NOM du jeune :** .....

**PRENOM du jeune :** .....

**MAIL du jeune :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**SEXE :**     Féminin     Masculin

**N° PORTABLE du jeune :** .....

Je soussigné(e), ....., père, mère, tuteur\*,  
responsable légal de l'enfant , autorisons : .....

- A participer aux animations organisées par le C.S.I. L'Atelier
- A quitter l'animation seul\*
- A quitter l'animation accompagné de .....

\* Rayer la mention inutile

**Ce dossier obligatoire et annuel**  
permet de recueillir des informations utiles et indispensables pour  
toute inscription d'un enfant ou d'un jeune à toute activité assurée par  
le Centre Social Intercommunal L'Atelier.

# FICHE D'IDENTITE

NOM : ..... PRENOM : .....

Tuteur : OUI NON

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél perso : ..... Tél prof. : .....

Port. : ..... Mail : .....

M  
E  
R  
E

NOM : ..... PRENOM : .....

Tuteur : OUI NON

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél perso : ..... Tél prof. : .....

Port. : ..... Mail : .....

P  
E  
R  
E

## A REMPLIR OBLIGATOIREMENT \*\*

N° allocataire CAF :

N° allocataire MSA :

N° autre régime :

Quotient familial :



Merci de joindre le justificatif CAF  
ou MSA de l'année en cours.

# FICHE SANITAIRE

## 1/ Vaccinations :

Si ce tableau n'est pas complété, en cas d'hospitalisation, votre enfant recevra automatiquement les vaccins nécessaires

Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des rappels
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## 2/ Renseignements médicaux :



L'enfant suit-il un traitement médical ?  
Si oui, lequel ?

L'enfant a-t-il des allergies, asthmes... ? Si oui, lesquelles ?

Médecin traitant :

Tél :

Recommandations particulières : (maladies, lunettes, lentilles, prothèse auditive ou dentaire...)

Informations complémentaires :