

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

Je soussigné(e),, parent / 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 CAF PARTENAIRE pour obtenir mon quotient familial :

OUI NON

A réglé l'adhésion annuelle de 5 € (valable pour toutes les personnes du foyer (+15€ de frais de dossier si utilisation du service Le Bois Enchanté))

OUI NON

Règlement *Espèces* *Chèque*
Inoé *CB*



Fait à Le

Signature



**Dossier d'inscription
2021**
Animations Enfance et Jeunesse

NOM du jeune :

PRENOM du jeune :

MAIL du jeune :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : Féminin Masculin

N° PORTABLE du jeune :

Etablissement Scolaire : Ecole Primaire

Nom de l'école + Commune :

Collège

Nom du Collège + Commune :

Je soussigné(e),, parent / tuteur,

responsable légal de l'enfant , autorisons :

- A participer aux animations organisées par le C.S.I. L'Atelier

- A quitter l'animation seul oui non

- A quitter l'animation accompagné de

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

PARENT OU TUTEUR 1

NOM : PRENOM :

Adresse :

CP : Ville :

Tél perso : Tél prof. :

Port. : Mail :

PARENT OU TUTEUR 2

NOM : PRENOM :

Adresse :

CP : Ville :

Tél perso : Tél prof. :

Port. : Mail :

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	Dates des vaccins Ou prochain rappels	Vaccinations obligatoires	Dates des vaccins Ou prochain rappels
Diphtérie		Rougeole	
Tétanos		Oreillons	
Poliomyélite		Rubéole	
Haemophilus influenzae B		Méningocoque C	
Coqueluche		Pneumocoque	
Hépatite B			

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 :	