

Document à compléter une fois par an, pour chaque animation

du 1^{er} janvier au 31 décembre

Je soussigné-e, parent / tuteur,
responsable légal-e 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 6 € (valable pour toutes les personnes du foyer (+6€ de frais de dossier par enfant—Secteur Enfance et Jeunesse)

Règlement : *Espèces* *Chèque*
 Inoé *CB*



Fait le

Signature



Dossier d'inscription

Animations Enfance et Jeunesse

NOM de l'enfant / du jeune :

PRENOM de l'enfant / du jeune :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : Féminin Masculin

N° PORTABLE du jeune :

MAIL du jeune :

Etablissement Scolaire : Ecole Maternelle ou Primaire

Nom de l'école + Commune :

Collège Lycée

Nom du Collège / Lycée + Commune :

Je soussigné-e, parent / tuteur,
responsable légal-e de l'enfant / du jeune,
autorisons :

- A participer aux animations organisées par L'Atelier

- A quitter l'animation seul-e oui non

- A quitter l'animation accompagné-e de : **(Nom Prénom et N° de téléphone)**

.....
.....
.....

Ce dossier est obligatoire et annuel

Il 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 - A contacter en priorité

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.

MERCI DE JOINDRE DE COPIE DU CARNET DE SANTE

Vaccinations obligatoires	Dates du dernier vaccin	Vaccinations obligatoires	Dates du dernier vaccin
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 ? OUI NON
Si oui, lequel ?

L'enfant a-t-il des allergies, de l'asthme... ? Si oui, lesquelles ?

Médecin traitant :

Tél :

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

Informations complémentaires :