



INSCRIPTION ENFANT

L'ENFANT

Nom(s)

Prénom

Date de naissance / /

Sexe F M

École

Classe/section

Hors commune

3/6 ans

6/12 ans

Ados (Collège)

Compagnie

Police d'assurance responsabilité civile

N°

Fin de validité / /

LE PÈRE

Nom

Prénom

Tél. portable

Tél. fixe

E-mail (donnée obligatoire pour ouverture compte famille)

Adresse

Profession / Employeur

Tél. professionnel

Si domicilié temporairement (Hébergement, vacances, etc.) / Attestation d'hébergement & justificatif de domicile à fournir.

Chez M/M^{me}

LA MÈRE

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Tél. portable

Tél. fixe

E-mail (donnée obligatoire pour ouverture compte famille)

Adresse

Profession / Employeur

Tél. professionnel

Adresse

SITUATION FAMILIALE

Représentant légal de l'enfant

Père Mère Tuteur

Nombre d'enfants à charge

Marié(e) Pacsé(e) En instance de divorce

Concubinage Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e)

Célibataire Jugement Oui Non

Convention JAF Oui Non

Autre :

ENFANTS DU FOYER

Nom(s)	Né(e) le
Prénom(s)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom(s)	Né(e) le
Prénom(s)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom(s)	Né(e) le
Prénom(s)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom(s)	Né(e) le
Prénom(s)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom(s)	Né(e) le
Prénom(s)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

EN CAS D'URGENCE / AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables. Contacts demandés : **HORMIS LE OU LES RESPONSABLES DÉJÀ MENTIONNÉS.**

CONTACT 1

À contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

Nom

Prénom

Tél. portable

Tél. fixe

Tél. professionnel

Lien

CONTACT 2

À contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

Nom

Prénom

Tél. portable

Tél. fixe

Tél. professionnel

Lien

CONTACT 3

À contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

Nom

Prénom

Tél. portable

Tél. fixe

Tél. professionnel

Lien



VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (Précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

ATTENTION : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

(Données facultatives)

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, marqué au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Cochez les maladies déjà déclarées par l'enfant

- Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine
 Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Non PAI (Protocole Accueil Individualisé / à fournir)

Si oui, de quelle origine ? Alimentaire Médicamenteuse Contact
 Animaux Autre

Précisez quelle est la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre). Les recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, comportement de l'enfant, énurésie nocturne etc.).

.....

.....

.....

.....

REVENUS

Pour simplifier vos démarches, la Mairie de Pérols peut obtenir vos revenus par échange automatisé ou consultation du service professionnel CAF Pro, dès leur mise à disposition, et si vous percevez des prestations liées à des conditions de ressources.

Oui J'autorise la Mairie à prendre en compte mes revenus CAF Pro et j'indique mon n° allocataire afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

N° Allocataire CAF

Non ou Je n'ai pas de numéro d'allocataire CAF (autres régimes : MSA...). Je fournis mes justificatifs de revenus (voir liste des pièces à fournir en fonction de ma situation) afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

Non Je ne souhaite pas fournir de justificatifs de revenus. J'accepte donc que le tarif maximum me soit appliqué.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M^{me} / M. autorise

✋ Mon enfant à participer à toutes les activités organisées par la structure.

Oui Non

✋ Mon enfant à quitter seul l'établissement, à compter de la fin des activités.

Oui Non

Âge

✋ Mon enfant à participer aux activités baignades (Mer & piscine)

Oui Non

Attestation natation pour le 6/12 ans & ados

Oui Non

✋ Je souhaite recevoir à l' (aux) adresse(s) courriel(s) (pour la lettre d'information et les alertes) et sur le(s) téléphone(s) portable(s) ou fixe(s) (pour l'alerte sms) :

La lettre d'information de la ville de Pérols (actualités, agenda, l'information communale...) oui non
 Les alertes (inondations, conditions climatique nécessitant une grande prudence...) oui non

✋ Accepte et reconnais avoir pris connaissance du (des) règlement(s) intérieur(s) applicable(s) au(x) service(s) auquel(s) mon enfant est inscrit. Je m'engage à en respecter l'ensemble des modalités.

✋ Je soussigné(e) M^{me} / M. responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature du responsable légal

le/...../.....

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)



Rue Font Martin 34473 Pérols CEDEX | Tél. 04 67 50 45 45 | E-mail : espace-famille@ville-perols.fr

Lundi, mardi, jeudi (après-midi uniquement), vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30

mercredi de 8h00 à 12h30 et de 13h30 à 18h00 - Fermé le jeudi matin toute l'année