



FICHE D'INSCRIPTION

2023-2024

| ENFANT | |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Tranche | Photo (*) |
| Nom : |  |
| Prénom : | |
| Sexe : | |
| Naissance : | |
| A : | |
| Email : | |
| Tel : | |

* A fournir si manquant.

| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE |
|---------------------------------|
| Assureur : |
| Num : |

| RESPONSABLE LEGAL | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable 1 | Responsable 2 |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Profession : | Profession : |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| Date de naissance : : | Date de naissance : : |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |
| Adresse : | Adresse : |
| Email : | Email : |
| Tél. : | Tél. : |
| Portable : | Portable : |
| Tél. Pro. : | Tél. Pro. : |

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

| Autorisation | Réponse |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (À joindre avec cette fiche). | OUI / NON |
| Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | OUI / NON |
| Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. | OUI / NON |
| Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant | OUI / NON |

| Appareillage | Réponse |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ? | OUI / NON |
| Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? | OUI / NON |

| Handicap | Réponse |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | OUI / NON |

Données complémentaires :

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Attestation assurance (valide jusqu'au : 31/08/2023)
- Attestation carte vitale (valide jusqu'au : 31/07/2023)

- livret de famille

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement Intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

| L'ASSURÉ (1) | | L'ASSURÉ (2) | |
|--------------|--|--------------|--|
| Fait à : | | Fait à : | |
| Date : | | Date : | |
| Signature : | | Signature : | |

* A remplir obligatoirement