

ANNEE 2021-2022
DEMANDE D'INSCRIPTION
Activités Périscolaires et Extrascolaires

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT:

NOM : Prénom :
Classe :
Né(e) le à (Ville et n° de département) Sexe : M F
Age :
Adresse de l'enfant :
Code postal/Ville :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX :

RESPONSABLE 1

NOM : Prénom :
Date de Naissance Sexe : M F
Adresse :
Code postal/Ville :

☎ Domicile : ☎ Portable :
☎ Travail : @ Mail :

Situation familiale : Marié Séparé Divorcé Vie maritale Célibataire Veuf

Autorité parentale : Oui Non

RESPONSABLE 2

NOM : Prénom :
Date de Naissance Sexe : M F
Adresse :
Code postal/Ville :

☎ Domicile : ☎ Portable :
☎ Travail : @ Mail :

Situation familiale : Marié Séparé Divorcé Vie maritale Célibataire Veuf

Autorité parentale : Oui Non

N°allocataire CAF : Quotient familial :

FICHE SANITAIRE

- L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON
- L'enfant a-t-il des allergies ?
- Asthme Médicamenteuse
 - Alimentaire.....
 - Pathologie pouvant être affectée par la prise d'un repas :
 - Autre :
- Régime Alimentaire : Végétarien Sans porc Sans viande Sans gluten
- Port de lunettes : OUI NON Préciser :
- Prothèse dentaire : OUI NON Préciser :
- Prothèse auditive : OUI NON Préciser :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

AUTORISATIONS MEDICALES

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les Responsables des Accueils à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin,
- Déclare autoriser, en cas d'urgence, le transport de l'enfant dénommé ci-dessus à l'Hôpital de CHAUNY ou autre (à préciser) :
- M'engage à payer la part des frais de séjours incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursées par la sécurité sociale;

AUTORISATIONS SPECIFIQUES

Enfant autorisé à quitter l'école ou l'accueil de loisirs seul : oui non

Je soussigné(e)
Responsable de l'enfant :

- Déclare avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de mon enfant par la Ville de Chauny et certifie qu'il est actuellement apte à y séjourner et à y pratiquer les activités ainsi que les sorties proposées,
- Déclare autoriser les Responsables des Accueils à transporter mon enfant en bus ou navette dans le cadre des différentes activités mises en place et éventuellement pour le conduire à l'hôpital le plus proche en cas de blessures légères,
- Déclare autoriser pour mon enfant :
- La réalisation de prises de vues ou de film dans le cadre des différentes activités,
 - La diffusion de son image sur des supports papier ou numériques.
 - o En aucun cas, ces images ne pourront faire l'objet d'une utilisation commerciale.

Date et Signature(s) du/des responsable(s)

AUTRES PERSONNES HABILITES A RECUPERER L'ENFANT


NOM : Prénom :

 Domicile :

 Portable :

NOM : Prénom :

 Domicile :

 Portable :

NOM : Prénom :

 Domicile :

 Portable :

NOM : Prénom :

 Domicile :

 Portable :

Date et Signature(s) du/des responsable(s)

Pièces à fournir (obligatoirement) :

- Copie des vaccinations
- Attestation d'assurance Responsabilité civile scolaire et extra scolaire
- Justificatif de domicile