



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Inscription Activités Jeunesse

Service Espace Famille
téléphone: 09 69 36 24 12
fax: 04 91 67 16 92
courriel: espacefamille@vlpm.com

Année Scolaire 20..... / 20.....

L'ENFANT :

Nom :

Prénom : Masculin Féminin

Né(e) le : / / Lieu de naissance :

Niveau scolaire : École fréquentée:

FAMILLE DE L'ENFANT :

Mère :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Née le : / /

Père :

Nom :

Prénom :

Né le : / /

Adresse :

CP : Ville :

Si hébergée, chez :

@ :

☎ domicile :

☎ portable :

Nous autorisons la communication de nos coordonnées (numéro téléphone portable et adresse mail) pour recevoir des informations d'actualité par mail et SMS. Oui Non

Mon fils/fille est autorisé à partir seul à la fin des activités oui non

Situation Familiale :

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf (ve)

AUTORISATION DE L'ENFANT :

J'autorise la publication de tous supports de communication (photos, film) réalisés lors des activités municipales sur lesquels apparaît mon enfant. Oui Non

J'autorise le transfert de mon enfant vers l'hôpital en cas d'urgence Oui Non

ASSURANCE DE L'ENFANT :

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de contrat :

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

- Si l'enfant suit un traitement médical durant les activités choisies, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage marquée au nom de l'enfant)

- L'enfant a t il déjà eu les maladies suivantes :

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Scarlatine |

Allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuse Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Votre enfant a t il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) oui non

Votre enfant rencontre t il des problèmes de santé particulier oui non

Si oui, lesquels :

Personne à contacter en cas d'urgence :

| | | | |
|------------|---------------|------------|----------------|
| <i>NOM</i> | <i>PRÉNOM</i> | <i>TEL</i> | <i>QUALITÉ</i> |
| <i>NOM</i> | <i>PRÉNOM</i> | <i>TEL</i> | <i>QUALITÉ</i> |

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant
certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche de renseignements.

Fait à, le

Signature du/des responsables légaux :

Pièces à fournir :

- * fiche d'inscription dûment complétée
- * 1 photo d'identité
- * photocopie d'un justificatif de domicile (EDF, quittance loyer, etc.)
- * certificat médical de non contre indication à la pratique sportive