



VALLÉES  
D'AIGUEBLANCHE  
Communauté de communes



## FICHE INSCRIPTION 2021-2022

ENFANT	
Nom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance : ...../...../.....
Email de l'enfant :	
Téléphone de l'enfant :	

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE ET CAF	
Assureur :	Numéro d'assuré :
Allocataire CAF numéro :	Quotient familial :

RESPONSABLE LÉGAL	
RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Père / Mère / Autre (Précisez) :	Père / Mère / Autre (Précisez) :
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. pro :	Tél. pro :

PERSONNES A CONTACTER			
Nouveaux contacts			
CONTACT		CONTACT	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Père / Mère / Autre (Précisez) :		Père / Mère / Autre (Précisez) :	
Tél. :		Tél. :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES		
Autorisations		Réponse
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).		OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : 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
<b>Réseaux sociaux</b> (Facebook, Instagram) : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée à la diffusion de de notre enfant, à titre gratuit.		OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.		OUI / NON
- Sait nager	OUI / NON	- Test d'aisance aquatique
Nous autorisons notre enfant à partir en minibus conduit par les animateurs du service enfance jeunesse.		OUI / NON

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES
Numéro de sécurité sociale :
Établissement scolaire :

INFORMATIONS MÉDICALES					
Médecin traitant :			Tél. :		
Allergies			Pratiques alimentaires		
Vaccin		Fait le	Date rappel	Maladie	
Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)				Date maladie	
Tuberculose (BCG)				Observation	

Difficultés de santé rencontrées par l'enfant

### LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

- Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :
- Test Aisance Aquatique
  - Attestation CAF
  - Attestation d'assurance
  - Vaccinations

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

\* A remplir obligatoirement

- 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,
- 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,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Fait à :	Fait à :
Date	Date
Signature :	Signature :