

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2016/2017 AUX NOUVELLES ACTIVITES PERI-EDUCATIVES

Une fiche par Famille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT 1		
Nom	Prénom	Sexe : <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin
Date de naissance		Lieu de naissance
Classe à la rentrée 2016/2017		
Information médicale		
Médecin	Tél :	Adresse
Observations particulières (traitement médical, régime alimentaire, allergies, asthme, baignade, énurésie, lunettes...). Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT 2		
Nom	Prénom	Sexe : <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin
Date de naissance		Lieu de naissance
Classe à la rentrée 2016/2017		
Information médicale		
Médecin	Tél :	Adresse
Observations particulières (traitement médical, régime alimentaire, allergies, asthme, baignade, énurésie, lunettes...). Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT 3		
Nom	Prénom	Sexe : <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin
Date de naissance		Lieu de naissance
Classe à la rentrée 2016/2017		
Information médicale		
Médecin	Tél :	Adresse
Observations particulières (traitement médical, régime alimentaire, allergies, asthme, baignade, énurésie, lunettes...). Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir		

Contrat d'assurance couvrant le/les enfant(s) lors de ces activités (obligatoire)	
Nom de l'organisme :	N° de police
Valable du/...../..... au/...../.....	

RESPONSABLES LEGAUX		
	Mère	Père
	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM		
NOM de jeune fille		
Prénom		
Né(e) le		
N° de portable		
Adresse du Domicile		
Profession		
Employeur		
Téléphone		
Régime : CAF	N° allocataire :	N° allocataire :
Régime : MSA		
Quotient Familial		
N° Sécurité social		

Je soussigné (e),
 représentant légal de/des l'enfant(s)..... autorise :

- ✓ A participer à toutes les activités prévues dans le cadre des N.A.P
- ✓ L'association à prendre des photos de mon/mes enfant(s) au cours de ces activités et à les utiliser sur tout support de communication
- ✓ L'intervenant et/ou l'animateur de l'activité à prendre toute disposition en cas d'urgence et à contacter les personnes ci-dessous

Personnes à contacter autres que les parents en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie des NAP		
NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant :		
Adresse	Code postal	Ville
Tel :	Portal :	

NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant :		
Adresse	Code postal	Ville
Tel :	Portal :	

Déplacement de l'enfant		
Autorisation de retour seul après les NAP	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Transport en bus	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI Ligne :

Je m'engage à informer l'association ADMR Castidrole de toute modification qui interviendrait en cours d'année.

Je décharge l'association ADMR Castidrole et les intervenants de toute responsabilité à 16h30 après le temps des nouvelles activités péri-éducatives.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement des N.A.P et respecter tous les articles de celui-ci.

« Lu et approuvé » (mention manuscrite)

Fait à

Le.....

Signature des parents Ou du tuteur légal