FICHE D'INSCRIPTION
pour les structures d'accueil de VAL DE GERS

ACCUEIL DE LOISIRS

ENFANT **NOM** _____ **Prénom** _____

Date de Naissance ……../……../…….. **Sexe** O *Fille* O *Garçon*

Nb de frères et sœurs _____

Accueil chez une Ass. Mat. O **OUI** O **NON** **Scolarisé à** ……

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM ……	**NOM** ……
Prénom ……	**Prénom** ……
O *Père* O *Mère* O *Tuteur/rice*	O *Père* O *Mère* O *Tuteur/rice*
Adresse ……	**Adresse *** ……
Code Postal …… **Ville** ……	**Code Postal** …… **Ville** ……
Tél mobile ……	**Tél mobile *** ……
Tél domicile ……	**Tél domicile *** ……
Tél profess. ……	**Tél profess. *** ……
E-mail ……	**E-mail *** ……
Profession ……	**Profession** ……
Employeur ……	**Employeur** ……

** si différente*

Situation familiale (des parents de l'enfant)

O *Célibataire* O *Marié / pacsé* O *Vie maritale* O *Divorcé/Séparé (Merci de vous rapprocher du/de la responsable)*

<u>Personne à facturer</u> ***Nom*** …… ***Adresse*** ……
Prénom …… ……

N° allocataire de prestation _____

→ **régime** O *CAF* O *MSA* O Autre*

** si Autre, merci de joindre l'avis d'imposition*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

N° Sécu *(couvrant l'enfant)* _____

Médecin traitant : …… ***Téléphone :*** ……

Adresse : ……

PAI : O **OUI** O **NON**

AEEH perçue (Alloc. Educ. Enfant Handicapé pour un des enfants de la famille) O **OUI** O **NON**

Tout enfant présentant une allergie ou tout autre trouble de la santé évoluant sur une longue période doit faire l'objet d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) avant son accueil (se procurer l'imprimé spécifique auprès du/de la responsable)

PERSONNES AUTRES que les responsables légaux à contacter EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Statut (gd-parent...)	Ville de résidence	**Téléphone** (domicile, travail et mobile)

** si différente*

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) **Nom** ..... **Prénom** .....

déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

Nom ..... **Prénom** .....

- autorise le/la responsable de la structure, ou toute autre personne diplômée en son absence, à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence,
- autorise le recueil des données anonymées à des fin de statistiques par la CAF (expérimentation FILOUE)
- autorise l'équipe de la structure, dans le cadre pédagogique, à prendre des photos et vidéos de mon enfant, et à les utiliser sur les supports dédiés au sein de la structure (aucune autre utilisation de ces photos ne sera faite sans l'autorisation de la famille),
- autorise mon enfant à quitter seul la structure après la fin des activités (seulement les enfants de 7 ans et plus) ☐ OUI ☐ NON
- autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :

Nom	Prénom	Statut (gd-parent...)	Ville de résidence	Téléphone (domicile, travail et mobile)

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable. Toute personne inconnue du/de la responsable de service ou de l'équipe, devra présenter une pièce d'identité.

Par la signature de cette fiche d'inscription vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter ; vous acceptez également l'informatisation de ces données et la consultation des sites CDAP (CAF) et MSA.

SIGNATURE (S) du ou des responsables de l'enfant

Fait à ..... *le* ...../...../.....

père ou tuteur

mère ou tutrice

PIECES A JOINDRE obligatoirement	OUI	
• La photocopie du livret de famille (pour la 1ère inscription)		**Cadre Réservé**
• La photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant		
• La photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant		
• La photocopie de l'avis d'imposition *(**si absence de numéro d'allocataire**)*		
• Un justificatif de domicile de moins de 3 mois		
Uniquement pour les services petite enfance		
• Le certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité et de vaccinations à jour		
• Le certificat médical de non-contre-indication à la prise d'un antipyrétique		
• L'autorisation parentale pour administrer un antipyrétique		
• Le contrat d'accueil signé		