 **DOSSIER D’INSCRIPTION**

**Accueil Périscolaire**

**Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi**

48 av de Lignan

33370 Fargues-St-Hilaire

05 56 56 55 45

alfarguessthilaire@ufcv.fr

**Enfant**

Nom : ………………………………………………….. Prénom : ………………………………………….. Nationalité : …………………………………..

Sexe : **F - M** Date et Lieu de naissance : …………………………………………………………………………..

N° de sécurité sociale : …………………………………………………………………..

Ecole fréquentée : ……………………………………….

Domicilié chez (parents, père, mère, grands parents, autre…) : …………………………’……….

Assurance couvrant l’enfant (photocopie en annexe) : ………………………………….. Mutuelle : …………………………………..

**Responsable(s) légal/légaux (Père et/ou mère)**

(nom, prénom)

Père : ………………………………….…………….. Mère : ……………………………………..….. Situation familiale : ………………………..

(marié, pacsé, célibataire, veuf,

union maritale, divorcé, séparé…)

Adresse : …………………………………………….. Téléphone : …………………………………..

 ……………………………………………..

 …………………………………………….. Adresse mail : ……………………………………………..……..

Code Postal : ……………………….…………….. Ville : …………………………………..

Profession du père: ……………………….…………….. Profession de la mère : …………………………………..

N° de téléphone pro : ……………………….…………. N° de téléphone pro : ……………………..……………..

Ville : ……………………………………….’………………….. Ville : ……………………’………………….’…………………..

Nombre total d’enfants : …….… Nombre d’enfants à charge : …….… Régime : ……………………..

(général, edf, sncf, ratp, msa,

autres…)

Numéro allocataire CAF : ………………………..

Personnes autorisées à récupérer l’enfant (et numéros de téléphone) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….…………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné…………………………………………………………………certifie comme exact ces renseignements, j’ai pris note du règlement intérieur et m’engage à le respecter.

**Date :**  **Signature :**

**12**

**DOSSIER MEDICAL**

**Enfant**

Nom : ………………………………………………….. Prénom : …………………………………………..

Sexe : **F - M** Date et Lieu de naissance : …………………………………………………………………………..

**Vaccinations (à remplir à partir du carnet de santé)**

Vaccins pratiques, dates :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

Vaccinations à jour : oui non

**Autres informations (à remplir à partir du carnet de santé)**

Indiquez ici les régimes alimentaires, les problèmes de santé, allergies, diabolo, handicap… (en cas de PAI le joindre en annexe) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

Médecin traitant : ………………………………………………………………………………..………..

Commune : ……………………..

Téléphone : ……………………..

Je soussigné, responsable de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant sur conseil médical.

**Date :** **Signature :**