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 :**

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 :**