

Fiche d'inscription enfants

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :
 Adhésion le : Numéro de carte Sexe : M ☐ F ☐
 Ecole : Classe
Ateliers Nez rouges :

Famille : Parentale ☐ Monoparentale ☐ Recomposée ☐ Accueil ☐

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant ☐	Père	Responsable de l'enfant ☐
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Date de naissance :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
Catégorie socioprof. :				
Quartier :				

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

Information obligatoire pour déterminer le tarif (si pas d'inscription CAF ou MSA, fournir la dernière déclaration d'impôt):

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :
 C.A.F. d'appartenance : CAF DES VOSGES ☐ Autre C.A.F.

Quotient familial mensuel

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

Autorisations	OUI	NON
En cas d'accident, j'autorise les responsables de la structure à prendre les mesures nécessaires		
J'accepte de recevoir la facture et les informations relatives à mon ateliers par Email?		
Mon enfant est bénéficiaire de l'AEEH ?		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire (Attestation obligatoire) .

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités

J'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant. (Valable 1 an).

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux, nouveau média, affiches...)

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur concernant le fonctionnement de l'association.

Suite au dos de la feuille...

Fiche sanitaire:

Merci de fournir les informations relatives aux antécédants médicaux ou chirurgicaux, pathologies chroniques ou aiguës.

Allergies :
Recommandations médicales des parents :
.....
(traitements, interventions, pathologies)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DTC POLIO (ex: Infanrix-Hexa, Hexyon				B.C.G	
Pentavac (DTCPolio)				R.O.R	
Méningococciques (Neisvac, Menjuga				Prévenar (Polyosides pneumococci	
Coqueluche (si hors DTCPolio)				Monotest	
Boostrix (DTCP Hors France)				Hépatite B (Twinrix, Engerix B, Hbv	
				Gardasil	

Médecin traitant Nom : Téléphone

Adresse :

L'ensemble des informations sont importantes pour l'association (statistique, réglementation, financement...) et sont confidentiels, seul les animateurs ont accès aux données. Vous disposez d'un droit d'accès aux informations collectés afin de contrôler, rectifier ou effacer des données. (Loi informatique et liberté).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations.

Fait à, le Signature :