



**FICHE D'INSCRIPTION
GARDERIE PERISCOLAIRE / CENTRE DE LOISIRS**

ENFANT

NOM : **Ecole :**.....
PRENOM :..... **Classe :**.....
Date de naissance :..... **Nom de l'instituteur :**.....
Sexe :.....
Poids :..... **Taille :**..... **Pointure :**.....
Niveau de ski :.....
Sait-il nager ?..... **Brevet de natation :**.....
Nom de l'assurance responsabilité civile souscrite au nom de l'enfant et N° du contrat :
.....

AUTORISATIONS

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul ?.....
Autorisation de photographe pour la presse locale et municipale ?.....

SANTE

Nom et adresse du médecin traitant :.....
.....
Régime alimentaire particulier : sans porc
L'enfant a-t'il des allergies ? Oui Non Si oui, lesquelles?
Alimentaires
Médicamenteuses
Autres

PARENTS

Père :
Nom : **Prénom :**
Adresse :.....
.....
Téléphone domicile :..... **Téléphone professionnel :**.....
Téléphone portable :
E-mail :

Mère :
Nom : **Prénom :**
Adresse :.....
.....
Téléphone domicile :..... **Téléphone professionnel :**.....
Téléphone portable :
E-mail :
Situation Familiale :

N° allocataire CAF :

De quel régime sécurité sociale dépendez-vous ?

Général MSA ou autre :.....

Quotient Familial (fournir un justificatif) :.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom : Prénom :.....
Qualité : N° de téléphone :.....
Nom : Prénom :.....
Qualité : N° de téléphone :.....
Nom : Prénom :.....
Qualité : N° de téléphone :.....

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : Prénom :.....
Qualité : N° de téléphone :.....
Nom : Prénom :.....
Qualité : N° de téléphone :.....
Nom : Prénom :.....
Qualité : N° de téléphone :.....

OBSERVATIONS

.....
.....

Je soussigné(e)déclare exacts les renseignements
notifiés ci-dessus.

Fait à

Le / /.....

Signature :



**FICHE D'INSCRIPTION
GARDERIE PERISCOLAIRE / CENTRE DE LOISIRS**

JEUNE

NOM : **Collège :**
PRENOM : **Classe :**
Date de naissance :
Sexe :
Poids : **Taille :** **Pointure :**
Niveau de ski :
Sait-il nager ? **Brevet de natation :**
Nom de l'assurance responsabilité civile souscrite au nom de l'enfant et N° du contrat :
.....

AUTORISATIONS

Autorisation de photographe pour la presse locale et municipale ?

SANTE

Nom et adresse du médecin traitant :
.....
Régime alimentaire particulier : sans porc
Le jeune a-t'il des allergies ? Oui Non Si oui, lesquelles?
Alimentaires
Médicamenteuses
Autres

PARENTS

Père :
Nom : **Prénom :**
Adresse :
.....
Téléphone domicile : **Téléphone professionnel :**
Téléphone portable :
E-mail :

Mère :
Nom : **Prénom :**
Adresse :
.....
Téléphone domicile : **Téléphone professionnel :**
Téléphone portable :
E-mail :
Situation Familiale :

N° allocataire CAF :

De quel régime sécurité sociale dépendez-vous ?

Général MSA ou autre :.....

Quotient Familial (fournir un justificatif):.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom :	Prénom :.....
Qualité :	N° de téléphone :.....
Nom :	Prénom :.....
Qualité :	N° de téléphone :.....
Nom :	Prénom :.....
Qualité :	N° de téléphone :.....

OBSERVATIONS

.....
.....

Je soussigné(e)déclare exacts les renseignements
notifiés ci-dessus.

Fait à

Le / /.....

Signature :