

FICHE D'INSCRIPTION

2025-2026

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	 * A fournir si manquant.
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER			
Contacts existants			
Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES			
Autorisations			Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).			OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.			OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.			OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant			OUI / NON
Appareillage			Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?			OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?			OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?			OUI / NON
Handicap			Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?			OUI / NON
Données complémentaires			
Numéro d'allocataire :			
TARIF PAI :		NON / OUI	

Informations médicales	
Allergies	Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel	Maladie	Date maladie	Observation
Covid					
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)					
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)					
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B					
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)					
Grippe					
Haemophilus influenzae b					
Hépatite A					
Hépatite B					
Méningocoque ACWY					
Méningocoque B					
Méningocoque C					
Papillomavirus humains					
Pneumocoque					
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)					
Tuberculose (BCG)					
Varicelle					
Autre					

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Assurance 2025-2026 (valide jusqu'au : 31/08/2026)
- Vaccinations (valide jusqu'au : 31/08/2026)

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement