

Accueils Collectifs de Mineurs – **MERCREDIS JEUNESSE**
FICHE D'INSCRIPTION 2022

ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
.....
Code postal : 97 4 Ville :

Scolarité
École fréquentée :
Classe :
Commune :

GROUPE

3 - 5 ans révolus
 6 - 11 ans révolus

SÉJOUR

Du 17 août au 14 décembre 2022

CENTRE :

REPRESENTANT LÉGAL

Responsable légal Père Mère

Nom :
Prénom :
Profession :
Adresse (si différente de l'enfant) :
.....
Tél : 069
Tél : 069
Tél : 0262
E.mail : @

Responsable légal Père Mère

Nom :
Prénom :
Profession :
Adresse (si différente de l'enfant) :
.....
Tél : 069
Tél : 069
Tél : 0262
E.mail : @

Situation familiale : Marié PACS Célibataire Concubinage Autre

Autre représentant légal :

Mr/Mme : Qualité:
Adresse : Ville :
Tél : 069 Tél : 0262

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) père-mère-représentant légal* de l'enfant,

Autorise les personnes majeures nommées ci-dessous à récupérer mon enfant :

Mr ou Mme : Tél : Lien avec l'enfant :
Mr ou Mme : Tél : Lien avec l'enfant :
Mr ou Mme : Tél : Lien avec l'enfant :

Autorise mon enfant à participer aux sorties et aux activités physiques et sportives organisées par le centre,

Si contre-indication , précisez :
.....

Autorise mon enfant à utiliser le transport collectif lors des sorties,

Autorise mon enfant à rentrer seul (concerne uniquement les enfants des centres élémentaires),

Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre de la communication des actions de la Ville,

Autorise la prise en charge et l'évacuation de mon enfant vers le centre hospitalier le plus proche si nécessaire,

Signature

* Rayer les mentions inutiles

FICHE SANITAIRE

SANTE :

Votre enfant est t-il :

- atteint d'une maladie chronique

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :
.....
.....

- en situation d'handicap

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir ou besoin d'accueil spécifique :
.....
.....

- allergique (médicament, aliment,...)

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :
.....
.....

Un Projet d'Accueil Personnalisé est-il nécessaire ?

OUI

NON

Si OUI, formulaire à renseigner.

RESTRICTION ALIMENTAIRE :

.....
.....

AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc. Précisez :
.....
.....

Je soussigné(e) père-mère-représentant légal* de l'enfant, déclare exact

les renseignements portés sur ce dossier.

A.....

le.....

Signature :

* Rayer les mentions inutiles