

**Accueils Collectifs de Mineurs
FICHE D'INSCRIPTION 2022**

ENFANT	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :/...../.....	
Adresse :	
Code postal : 97 4 Ville :	
Scolarité	
École fréquentée :	
Classe :	
Commune :	

GROUPE
<input type="checkbox"/> 3 - 5 ans révolus
<input type="checkbox"/> 6 - 11 ans révolus

SÉJOUR
Du 10 au 20 octobre 2022
CENTRE :

REPRESENTANT LÉGAL			
Responsable légal	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	
Nom :	Nom :		
Prénom :	Prénom :		
Profession :	Profession :		
Adresse (si différente de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'enfant) :		
Tél : 069	Tél : 069		
Tél : 069	Tél : 069		
Tél : 0262	Tél : 0262		
E.mail : @	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,	
<input type="checkbox"/> 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 :
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à participer aux sorties et aux activités physiques et sportives organisées par le centre,	
Si contre-indication , précisez :	
.....	
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à utiliser le transport collectif lors des sorties,	
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul (concerne uniquement les enfants des centres élémentaires),	
<input type="checkbox"/> Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre de la communication des actions de la Ville,	
<input type="checkbox"/> 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