



# FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

## PÉRISCOLAIRE – RESTAURATION

**Merci au(x) responsable(s) légal(aux) de compléter lisiblement ce document**

**Documents à fournir : justificatif de domicile de moins de 3 mois, justificatif du quotient familial CAF ou MSA, copie de la page de vaccination DT Polio, attestation d'assurance**

**Nom de l'enfant:**

**Classe :**

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à :

Sexe : \_\_\_\_\_

**Nom et prénom du représentant légal :**

Qualité (père-mère,...) :

Situation familiale :

Garde alternée : Oui / Non\*

Adresse :

Code postal, Ville :

Tel portable/fixe :

Courriel :

Accepte l'envoi de mail : Oui / Non\*

**Nom et prénom du représentant légal :**

Qualité (père-mère,...) :

Situation familiale :

Garde alternée : Oui / Non\*

Adresse :

Code postal, Ville :

Tel portable/fixe :

Courriel :

Accepte l'envoi de mail : Oui / Non\*

**N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :**

Régime : allocataire CAF / allocataire MSA \*

N° allocataire :

QF (à la date d'inscription) :

**Autorisation CAF : Oui / Non\***

**Autorisations du responsable de l'enfant**

1- Urgence médicale : Nous, parents/responsable légal, autorisons le SIVU les enfants du Solaure à présenter notre enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence, et si nécessaire, sous anesthésie.

Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. : Oui / Non \*

2- Autorisation de rentrer seul : Nous autorisons l'enfant à rentrer seul après les activités encadrées par le SIVU : Oui / Non \*

3- Droit à l'image : Nous autorisons le SIVU à utiliser l'image de notre enfant (photographies, films) dans le cadre de sa communication. : Oui / Non \*

Personnes **majeures** autorisées à venir chercher l'enfant (Nom, prénom, lien de parenté & tél.):

-Nom, prénom, lien, tél :

-Nom, prénom, lien, tél :

-Nom, prénom, lien, tél :

**Renseignements médicaux**

Vaccins : dates du dernier vaccin DT POLIO :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. ? Si oui, précisez :

Allergies médicamenteuses : Oui / Non \*

Allergie alimentaire : si oui, spécifier

Régime alimentaire : si oui, spécifier

A-t-il un PAI (Projet d'accueil Individualisé) ? Oui / Non \*

Si Oui, merci de nous le communiquer.

Nom du médecin traitant :

Téléphone

Je, soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à prévenir tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).

(\* rayer la mention inutile)

**Lu et Approuvé, le ...../...../20....**  
**Signature du responsable légal**