

ACM DE SAINT-LÔ AGGLO  
FICHE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

Sexe :  M  F

Né(e) le ..... A.....

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM : .....

PRENOM : .....

N° TEL : .....

N° TEL PORTABLE : .....

ADRESSE :  
.....  
.....

LIEN AVEC L'ENFANT : .....

J'autorise mon enfant à partir seul :  oui  non

Si oui, à  17h  17h30  18h  18h30 (en fonction du règlement intérieur)

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : ..... LIEN AVEC L'ENFANT : .....

NOM : ..... PRENOM : ..... LIEN AVEC L'ENFANT : .....

NOM : ..... PRENOM : ..... LIEN AVEC L'ENFANT : .....

NOM : ..... PRENOM : ..... LIEN AVEC L'ENFANT : .....

RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Autorisation parentale :  Conjointe  Père  Mère  Autre

NOM : .....

NOM : .....

PRENOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

ADRESSE : .....

VILLE : .....

VILLE : .....

@ : .....

@ : .....

TEL.DOMICILE : .....

TEL.DOMICILE : .....

PORTABLE : .....

PORTABLE : .....

PROFESSION : .....

PROFESSION : .....

EMPLOYEUR : .....

EMPLOYEUR : .....

TEL TRAVAIL : .....

TEL TRAVAIL : .....

N° SECURITE SOCIALE : .....

N° SECURITE SOCIALE : .....

Nom Prénom et adresse de la personne à qui sera adressée la facturation (si différente de l'adresse familiale)

Nom allocataire : .....

CAF  MSA (fournir le justificatif)

N° Allocataire de la Manche : .....

Quotient Familial : .....

En l'absence de n° allocataire, le tarif plein sera appliqué. Merci de signaler tout changement de situation.

NOM de l'enfant : .....

PRENOM : .....

- N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :  
.....
  - Vaccins, date du dernier DTP : .....
    - j'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins.
  - L'enfant suit-t-il un traitement de fond ?
    - oui  non Si oui, joindre l'ordonnance
  - A-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) ?
    - oui  non Si oui, joindre la conduite à tenir (tous les ans)
  - Allergies :
    - Asthme
    - Alimentaire, laquelle ?  
.....
    - Médicale, laquelle ?.....
- Cause et conduite à tenir.....  
.....  
.....

- Nom et Prénom, adresse du médecin traitant  
.....  
.....  
.....

- L'enfant suit-il un régime alimentaire?  
.....  
.....
- Difficulté de santé (maladie, accident, opération...) :  
.....  
.....
- Recommandations utiles (lentilles, lunettes, prothèses ...) :  
.....  
.....

### INFORMATIONS SPECIFIQUES

Avez-vous d'autres informations à nous communiquer, afin de nous aider à accueillir au mieux votre enfant

.....  
.....  
.....  
.....

### AUTORISATION

Je soussigné, père-mère-tuteur\*, ..... (\*rayer les mentions inutiles)

Responsable légal de l'enfant : .....

Téléphone en cas d'urgence : ..... ou .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants sur cette fiche, et m'engage à communiquer immédiatement à la direction les modifications pouvant intervenir en cours d'année (téléphone, adresse, problème de santé...)
- déclare avoir pris connaissance du projet éducatif, du projet pédagogique et du règlement intérieur de la structure et m'engage à les respecter.
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil de loisirs : \*les sorties extérieures, \*les activités nautiques, \*les sports vacances.
- autorise mon enfant à être transporté dans un véhicule du service et/ou tout autre transport lié à l'ACM.
- autorise le responsable de la période à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autorise la direction Enfance Jeunesse à utiliser l'image fixe ou mobile, ou enregistrement sonore de mon enfant pour ses publications : \* brochure, \* panneaux, \* affiches, \* site internet, \* presse.

**\*Merci de rayer en cas de désaccord**

2018

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

2019

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

2020

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

2021

Fait à : .....

Le : .....

Signature :