

* Renseignements obligatoires

*ENFANT

*Identité	*Inscription	
Nom :	Restaurant scolaire	OUI / NON
Prénom :	Périscolaire (matin –et/ou soir)	OUI / NON
Sexe : F / M	Extrascolaire (mercredi et/ou vacances scolaire)	OUI / NON
Date de naissance :	*Ecole	
Lieu de naissance :	Ecole :	Classe :
Tel :	Nom enseignant :	

*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
Handicap : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? Est-ce que votre enfant bénéficie de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ?	OUI / NON OUI / NON

Données complémentaires	*Réponse
Soit-il nager? :	oui d'après la famille / non d'après la famille / a peur de l'eau / possède le brevet de natation 25 mètres / possède le brevet de natation 50 mètres
Port bouchons d'oreilles sortie aquatique? :	Oui les deux oreilles / Oui oreille droite / Oui oreille gauche
Votre enfant est-il malade dans les transports ? :	-- / oui / non
Lieu de résidence quartier politique de la ville (QPV) :	-- / oui / non

* Informations médicales

Médecin	Téléphone	Spécialité

* Vaccination

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires	OUI / NON
---	-----------

* Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Mon enfant a un PAI	OUI / NON
(préciser) :	

Allergies

Alimentaire (précisez) :
Médicamenteuses (précisez)
Autre (précisez)

Autres renseignements concernant la santé de votre enfant

Précisez : _____

* Pratiques alimentaires

Sans régime	
Sans porc	
Sans viande	

* Responsable 1

Responsable 2

Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

