



## FICHE RENSEIGNEMENTS

### INSCRIPTION POLE ADO

<b><u>VOTRE ENFANT</u></b>	<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille
NOM* : .....	Prénom* : .....	
Date de Naissance* : ...../...../.....		

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation familiale

Célibataire     Marié     Divorcé     Concubinage     Pacsé

<b><u>PARENT 1</u></b>	Payeur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres : .....	
Civilité* : .....	
NOM* : .....	
Prénom* : .....	
Date de naissance* : ...../...../.....	
Adresse postale* : .....	
.....	
Portable* : .....	
Mail* : .....	
.....	
N° Sécurité Sociale* : .....	
Profession : .....	
Employeur : .....	
Téléphone Pro : .....	

<b><u>PARENT 2</u></b>	Payeur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres : .....	
Civilité* : .....	
NOM* : .....	
Prénom* : .....	
Date de naissance* : ...../...../.....	
Adresse postale* : .....	
.....	
Portable* : .....	
Mail* : .....	
.....	
N° Sécurité Sociale* : .....	
Profession : .....	
Employeur : .....	
Téléphone Pro : .....	

## AUTRES CONTACTS

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Lien avec l'enfant : .....

Appel en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Lien avec l'enfant : .....

Appel en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

## AUTRES INFORMATIONS

N° allocataire\* : .....

CAF

MSA

Autorisation à partir seul\*

OUI

NON

Autorisation de prise de photo et publication (site internet, réseaux sociaux, presse de la commune)\*

OUI

NON

Autorise la mairie à accéder au logiciel de la Caf CDAP pour mettre à jour les informations liés au quotient familial\*

OUI

NON

Port de lunettes\*

OUI

NON

Port d'un appareil auditif\*

OUI

NON

Port d'un appareil dentaire\*

OUI

NON

### Autorisation d'hospitalisation\*

Je donne pouvoir au responsable du centre, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

OUI

NON

### Autorisation d'intervention chirurgicale\*

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant en cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

OUI

NON

## MÉDICAL\*

Médecin traitant de l'enfant\* : .....

Adresse : .....

Téléphone\* : .....

Varicelle  ...../...../...      Angine  ...../...../.....      Otite ...../...../....      Scarlatine ...../...../...

Rougeole  ..../...../.....      Oreillons  ..../...../.....      Rubéole  ..../...../.....

Allergies :      Asthme

                  Alimentaire  précisez : .....

                  Médicamenteuse  précisez : .....

L'enfant suit-il un traitement médical :       OUI       NON

Difficultés de santé à connaître (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...):

.....

.....

## VACCINATIONS\*

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus, Hépatite B

1ere injection : .....      Rappel : .....

Pneumocoque

1ere injection : .....      Rappel : .....

Méningocoque

1ere injection : .....      Rappel : .....

Rougeole – Oreillons – Rubéole (obligatoire pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018)

1ere injection : .....      Rappel : .....

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (Rappel dès 6ans)

Dernier rappel : .....

## DOCUMENTS NECESSAIRES

Merci de retourner ce présent document accompagné OBLIGATOIREMENT des pièces suivantes par mail à l'adresse [location-salle@saint-maur36.com](mailto:location-salle@saint-maur36.com)

- Copie du livret de famille
- Justificatif de domicile
- Attestation de quotient familiale CAF ou MSA ou dernier avis d'imposition
- Carnet de vaccination avec nom, prénom et date de naissance de l'enfant
- Attestation de sécurité sociale ou copie de la carte vitale
- Assurance Responsabilité Individuelle

Je soussigné(e) .....représentant légal de l'enfant cité ci-dessus, déclare exact les renseignements portés sur ce document.

Date

Nom/Prénom

Signature

\*OBLIGATOIRE