



## Fiche d'inscription INDIVIDU MINEUR 2020 – 2021

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Masculin  Féminin

DATE DE NAISSANCE : .....

	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Beau-père	<input type="checkbox"/> Belle-mère
NOM						
PRÉNOM						
AUTORITÉ PARENTALE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
TÉLÉPHONE						
TÉLÉPHONE TRAVAIL						

### LISTE DES PERSONNES (hors parents) AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTE	TÉLÉPHONE

### LISTE DE PERSONNE INTERDITE A RÉCUPÉRER L'ENFANT (fournir copie du document officiel de jugement)

NOM	PRÉNOM	LIEN E PARENTE	TÉLÉPHONE

### ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

- Primaire  Stéphane Hessel ARS SUR FORMANS  petit berger ARS SUR FORMANS  
 CHALEINS  MISERIEUX  SAVIGNEUX  RANCE  VILLENEUVE  Autre école
- Secondaire  
 Collège Jean Moulin TREVoux  Autre collège  
 Lycée Val de Saône TREVoux  Autre Lycée
- Classe  
 TPS/PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2  
 6<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  2<sup>nde</sup>  1<sup>ère</sup>  T<sup>er</sup> Autes :

### RÉGIME ALIMENTAIRE

- Pas de régime spécial  Sans porc  PAI projet d'accueil individualisé (fournir impérativement le document)



## Fiche d'inscription INDIVIDU MINEUR 2020 – 2021

### AUTORISATIONS

- J'autorise le personnel à sortir de l'établissement pour les sorties en groupe
- J'autorise  Je n'autorise pas – l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompier, hospitalisation, anesthésie...)
- J'autorise  Je n'autorise pas – le Centre Socioculturel à utiliser l'image de mon enfant sur tout support de communication pour les besoins du Centre Socioculturel
- J'autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenu, Nombre d'enfants à charges) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.)
- J'autorise  Je n'autorise pas – le personnel à administrer les éventuelles médications prescrites sur présentation de l'ordonnance.
- J'autorise  Je n'autorise pas – mon enfant à rentrer seul après les activités
- J'autorise le personnel à transporter ou faire transporter dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe
- J'autorise  Je n'autorise pas – mon enfant à pratiquer les activités nautiques

### TRAITEMENT MEDICAL

- Pas de traitement médical
- Mon enfant suit un traitement médical : préciser : .....
- .....

### ALLERGIES

- Pas d'allergie,  Allergie alimentaire,  Asthme,  Allergie médicamenteuse
- Préciser cause et conduite à tenir.....

### DIFFICULTÉ DE SANTÉ DE L'ENFANT préciser

.....

### RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS préciser

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche

DATE

NOM PRENOM SIGNATAIRE

SIGNATURE