


**FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION
2020-2021**

| ENFANT | |
|-----------------------------|---|
| Identité | Photo (*) |
| Nom : |  |
| Prénom : | |
| Sexe (Masculin / Féminin) : | |
| Date de Naissance : | |
| Lieu de Naissance : | |
| | |

* À fournir si manquant

| ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE |
|---------------------------------|
| Assureur : |
| Numéro assurance : |

| RESPONSABLES LÉGAUX | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Responsable 1 | Responsable 2 |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |
| Adresse : | Adresse : |
| Email : | Email : |
| Tél. : | Tél. : |
| Portable : | Portable : |
| Tél. Pro. : | Tél. Pro. : |

PERSONNES À CONTACTER

| PERSONNES À CONTACTER | | | |
|---|--|---|--|
| Contact 1 | | Contact 2 | |
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | |
| Tél. : | | Tél. : | |
| Portable : | | Portable : | |
| Appel en cas d'urgence (oui/non) : | | Appel en cas d'urgence (oui/non) : | |
| Autorisé à récupérer l'enfant (oui/non) : | | Autorisé à récupérer l'enfant (oui/non) : | |

| Contact 3 | | Contact 4 | |
|---|--|---|--|
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | |
| Tél. : | | Tél. : | |
| Portable : | | Portable : | |
| Appel en cas d'urgence (oui/non) : | | Appel en cas d'urgence (oui/non) : | |
| Autorisé à récupérer l'enfant (oui/non) : | | Autorisé à récupérer l'enfant (oui/non) : | |

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

| Autorisations | Réponse (oui/non) |
|--|----------------------|
| 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 (À joindre à cette fiche). | |
| Prise de photo : Vous donnez votre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de votre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur des animations réalisées dans les différentes structures. | |
| Sport : Vous autorisez votre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. | |
| Hospitalisation : Vous autorisez le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) | |

| Appareillage | Réponse (oui/non) |
|--|----------------------|
| Votre enfant porte-t-il des lunettes ? | |
| Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ? | |
| Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ? | |

| Handicap | Réponse (oui/non) |
|---|----------------------|
| Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | |

Données complémentaires

| |
|--|
| |
|--|

Informations médicales

| Médecin traitant | Téléphone fixe | Téléphone mobile |
|------------------|----------------|------------------|
| | | |

| Allergies |
|-----------|
| |
| |
| |

| Pratiques alimentaires (facultatif) |
|-------------------------------------|
| |
| |
| |

| Vaccin (facultatif) | Fait le | Date rappel |
|---|---------|-------------|
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP) | | |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH) | | |
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) | | |
| Grippe | | |
| Haemophilus influenzae b | | |
| Hépatite A | | |
| Hépatite B | | |
| Méningocoque C | | |
| Papillomavirus humain | | |
| Pneumocoque | | |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) | | |
| Tuberculose (BCG) | | |
| Varicelle | | |
| Autre | | |

| Maladie (facultatif) | Date maladie | Observation |
|----------------------|--------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Contre-indication (facultatif) | Date de début | Date de fin | Observation |
|--------------------------------|---------------|-------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

INSCRIPTIONS AUX SERVICES DU SIVOS (Semaine type)

Mode d'emploi :

- Pour l'établissement de votre enfant, entourez le(s) jour(s), par activité, correspondant à vos besoins.
- Deux périodes d'inscription possibles :
 du 1er septembre au 31 décembre
 du 1er janvier au 30 juin

Une modification est possible à la fin de la première période

Établissement : Primaire Colomby-Anguerny

Activité

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Restauration scolaire | L | M | M | J | V |
| Garderie matin | L | M | M | J | V |
| Garderie soir | L | M | M | J | V |
| Garderie matin soir | L | M | M | J | V |
| Bus scolaire | L | M | M | J | V |

Établissement : Maternelle Basly

Activité

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Restauration scolaire | L | M | M | J | V |
| Garderie matin | L | M | M | J | V |
| Garderie soir | L | M | M | J | V |
| Garderie matin soir | L | M | M | J | V |
| Bus scolaire | L | M | M | J | V |

Établissement : Primaire Anisy

Activité

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Restauration scolaire | L | M | M | J | V |
| Garderie matin | L | M | M | J | V |
| Garderie soir | L | M | M | J | V |
| Garderie matin soir | L | M | M | J | V |
| Bus scolaire | L | M | M | J | V |

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées, ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

| Responsable 1 (*) | | Responsable 2 (*) | |
|--------------------|--|--------------------|--|
| Fait à : | | Fait à : | |
| Date : | | Date : | |
| Signature : | | Signature : | |