

### FICHE D'IDENTITÉ

**NOM et prénom(s):** \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Adresse : \_\_\_\_\_

N° tél (de l'inscrit): \_\_\_\_\_

Structure fréquentée : \_\_\_\_\_

### REPRÉSENTANT LEGAL

**NOM et prénom(s):** \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 91200 ATHIS MONS

**N° de Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Adresse mail :** Parents : \_\_\_\_\_

Jeune : \_\_\_\_\_

*Votre adresse mail sera utilisée pour vous envoyer des informations et pour l'établissement d'une mailing liste à usage strictement municipal.*

## EN CAS D'URGENCE (POUR MINEUR)

### Vos coordonnées en cas d'urgence

*Il est indispensable de pouvoir vous joindre durant les activités.*

#### Père

NOM : .....

Prénom : .....

Tel. Domicile : .....

Tel. Portable : .....

Tel. Travail : .....

#### Mère

NOM : .....

Prénom : .....

Tel. Domicile : .....

Tel. Portable : .....

Tel. Travail : .....

- Numéro de sécurité sociale qui couvre l'enfant : .....
- Nom de votre mutuelle et votre numéro de contrat : .....

### Autres personnes autorisées à prendre en charge votre enfant

*Ces personnes devront justifier de leur identité.*

NOM : .....

Prénom : .....

**Qualité :** .....

Tel. Domicile : .....

Tel. Portable : .....

Tel. Travail : .....

NOM : .....

Prénom : .....

**Qualité :** .....

Tel. Domicile : .....

Tel. Portable : .....

Tel. Travail : .....

## FICHE SANITAIRE

Coordonnées du  
Médecin traitant



### Votre enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires :  Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....

Médicamenteuses :  Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....

➤ Autres : (insectes, pollen, etc. ...)  Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....

➤ Votre enfant suit-il un traitement particulier lié à une allergie ?  Oui  Non

Certificat médical joint :  Oui  Non

➤ Le régime de votre enfant a-t-il fait l'objet d'un P.A.I. ?  Oui  Non

➤ Votre enfant suit-il un régime spécifique ?  Oui  Non

Si oui, lequel :

Quel est le régime alimentaire de votre enfant ?

RAS  Sans porc  Sans viande  Végétarien

Autres : (précisez).....

### ➤ Votre enfant porte-t-il :

- Des lunettes  oui  non

- Des lentilles  oui  non

- Un appareil dentaire  oui  non

- Un appareil auditif  oui  non

### ➤ Votre enfant a-t-il régulièrement :

- Angines  oui  non

- Laryngites  oui  non

- Otites  oui  non

- Asthmes  oui  non

- Rhumatismes  oui  non

### Le mineur a-t-il eut :

Rubéole  oui  non

Varicelle  oui  non

Scarlatine  oui  non

Oreillons  oui  non

Rougeole  oui  non

Coqueluche  oui  non

➤ Si vous souhaitez communiquer des renseignements complémentaires concernant votre enfant (incontinence urinaire, opération chirurgicale récente, etc.)

.....

.....

## DOCUMENTS À FOURNIR

- 1 photo
- 1 justificatif de domicile
- Pièce d'identité de l'enfant ou copie du livret de famille
- 1 certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité précisant que les vaccins sont à jours et d'aptitude à la pratique sportive
- Carte vitale
- Attestation d'assurance extrascolaire en cours de validité
- En cas de divorce, la copie du jugement
- Brevet de natation  oui  non

## AUTORISATIONS PARENTALES (POUR MINEUR)



Nous, soussignés (père, mère, tuteur légal)

M. ou Mme.....

De l'enfant .....

Déclarons sur l'honneur avoir le plein exercice de l'autorité parentale **ET AUTORISONS** :

- Les responsables des structures municipales à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins et nous engageons à payer la part réglementaire des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération chirurgicale éventuelle,
- Tout agent municipal habilité à accompagner notre enfant mineur à l'hôpital et à le ramener sur le lieu de son hébergement et ce, après autorisation de sortie du médecin,
- Notre enfant mineur à participer à toutes les activités proposées,
- Les services municipaux (Enfance, Jeunesse, Sport, centres sociaux et communication) de la ville à prendre en photo notre enfant mineur pendant ses activités, pour un usage strictement municipal (journal, site Internet, affiches ...).

Date :

Signature :

## Engagement parental



Nous, soussignés (père, mère, tuteur légal)

M. ou Mme .....

De l'enfant.....

Déclarons sur l'honneur avoir le plein exercice de l'autorité parentale **ET NOUS ENGAGEONS À** :

- Respecter les consignes données concernant les modalités de participation aux activités,
- Respecter les termes du règlement des activités qui nous sont communiqués lors de l'inscription,
- Être impérativement joignable(s) et venir récupérer notre enfant, si nécessité, et à la demande de l'encadrant, en cas de problème divers concernant notre enfant,
- Accepter qu'en cas d'inscriptions multiples de notre enfant à plusieurs activités, la priorité soit donnée à un autre mineur n'ayant encore bénéficié d'aucune activité,

Par ailleurs, nous déclarons avoir pris connaissance du règlement des activités péri et extra scolaires et nous avons pleinement conscience que :

Le fonctionnement des structures dites en milieu ouvert (espaces enfants et adolescents) :

- Permet aux enfants et aux jeunes de partir quand ils le souhaitent des équipements
- Ne prévoit pas la prise en charge du déjeuner et du goûter (hors séjour)

Date :

Signature :