



FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Espace Jeunes

2020 - 2021

Ne rien écrire dans cette case

- Vaccins
- PAI
- Assurance extrascolaire

**Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... F  M

Classe : ..... Ecole fréquentée : .....

**Responsables légaux :**

Civilité : M.  ou Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : Parent  Tuteur  Beau-Parent  Famille D'accueil

Situation Familiale : Marié  Vie Maritale  Pacsé  Séparé\*  Autre : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Portable : ..... Fixe : .....

Mail : .....

Civilité : M.  ou Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : Parent  Tuteur  Beau-Parent  Famille D'accueil

Portable : ..... Fixe : .....

Mail : .....

**Pièces à fournir avec la fiche d'inscription individuelle :**

- Photocopie des vaccins (sauf si déjà fournies l'année passée)
- Attestation d'assurance extrascolaire (la notion extrascolaire doit apparaitre sur l'attestation)

**Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant nommé ci-dessus : (hors responsables légaux)**

Nom / Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Tel : .....

Port : .....

Nom / Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Tel : .....

Port : .....

Nom / Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Tel : .....

Port : .....

Nom / Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Tel : .....

Port : .....

**Santé :**Allergie alimentaire :  Oui  NonAsthme :  Oui  NonMédicamenteuse :  Oui  NonMaladie Chronique :  Oui  NonAutre :  Oui  Non

Préciser : .....

Un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) a-t-il été mis en place ?  Oui  Non*(Joindre le protocole d'Accueil Individualisé signé par la famille, l'école et la mairie)*L'enfant suit-il un traitement médical continu ?  Oui  Non*(Si oui, merci de joindre un certificat médical)*Port d'un appareil auditif :  Oui  NonPort d'un appareil dentaire :  Oui  NonPort de lunettes :  Oui  Non

Médecin traitant :

Nom/ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : ...../...../...../...../.....

**Droit à l'image :**

Autorisation à prendre mon enfant en photo, à le filmer, et à utiliser ces prises de vues pour les besoins du service (publication, exposition, diffusion, supports web : réseaux sociaux, site internet ; supports print : bulletin municipal ; plaquettes, affiches, flyers etc.) sur différents supports : écrits, électroniques, audiovisuels, sans limitation de durée.

 Oui  Non**Autorisations :**A quitter seul le foyer pendant les horaires d'ouverture :  Oui  NonA quitter seul le foyer à sa fermeture :  Oui  NonA rentrer seul après les activités en soirée:  Oui  NonA participer aux activités et sorties proposées par le foyer des jeunes :  Oui  Non**Je soussigné M./Mme... avoir pris connaissance :**

- ◆ Que l'enfant..... est susceptible d'être transporté dans un véhicule collectif dans le cadre des activités et sorties.
- ◆ Que toutes les mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant soient mises en œuvre par les secours et les personnels médicaux.

Fait à .....

Le ... / ... / ...

Signature du ou des responsables légaux :