



**VOTRE ENFANT :**

NOM : .....  
Prénom(s) : .....  
Né(e) le : ..... / ..... / ..... à .....  
Sexe :     M           F

**OBLIGATOIRE :**

**Veillez joindre les photocopies des vaccinations DTP**

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre indication

L'enfant a-t-il des allergies ?							
Asthme		Alimentaire*		Médicamenteuse*		Autres *	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non

\* Précisez l'allergie et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)	
Dates	Pathologies
/ /	
/ /	
/ /	

Contraintes alimentaires

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

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :**

Caisse d'Allocations Familiales : .....

Numéro d'allocataire : .....

Assurance familiale couvrant l'enfant : .....

**RESPONSABLES :**

Responsables légaux :       Père           Mère           Tuteur

NOM : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

 Domicile :   /   /   /   /   /	 Autres (Préciser) ..... ..... ..... .....
 Travail maman:   /   /   /   /   /	
 Travail papa :   /   /   /   /   /	
 Portable maman :   /   /   /   /   /	
 Portable papa :   /   /   /   /   /	

Adresse mail : .....

**AUTORISATIONS PARENTALES :**

-Je soussignée, .....

Responsable de l'enfant, l'autorise à participer à toutes les activités périscolaires et TAP

-Je déclare accepter les conditions générales de l'inscription.

-Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

-Je déclare accepter que mon enfant soit filmé ou photographié, ces photos pourront servir à la promotion des activités sur les supports de communication à des fins non commerciales

Fait à .....le.....

