

VACANCES

Photo

Fiche d'inscription

ENFANT

Sexe : Féminin Masculin

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Date de naissance : ____/____/____

Régime Alimentaire : Ordinaire (toutes viandes) Végétarien

1^{er} RESPONSABLE DE L'ENFANT parent 1

Père Mère Tuteur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ : Code

Postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Tél professionnel : _____ Situation familiale : _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance : _____

N° allocataire CAF : _____ Caisse : _____

N° Sécurité sociale _____

2^{er} RESPONSABLE DE L'ENFANT parent 2

Père Mère Tuteur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Tél professionnel : _____ Situation familiale : _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance : _____

N° allocataire CAF : _____ Caisse : _____

N° Sécurité sociale _____



Situation financière

Nombre d'enfants total au foyer : _____

Quotient familial : _____ (Communiqué par la CAF)

Votre inscription est susceptible d'être suspendue si l'une des priorités fixées par la Mairie de Cernay n'est pas entièrement satisfaite :

- Les enfants des familles habitant la commune de Cernay
- Les enfants dont le ou les parents travaillent ou dont l'un des parents travaille et l'autre est à la recherche active d'un emploi (attestation de recherche d'emploi ou de formation)
- Les enfants qui font l'objet d'une demande spécifique de prise en charge par un organisme social, la Réussite Educative Nationale (ULIS, CLIS, CAT ...).

Autorité parentale (en cas de divorce ou de séparation des parents)

Je soussigné : _____, déclare sur l'honneur que l'autorité parentale est exercée :

En commun

Par la mère

Par le père

Autre : _____

(Joindre une copie de l'acte faisant mentionnant de l'autorité parentale)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure. Je déclare également avoir pris connaissance des conditions d'inscription pour l'année scolaire 2021/2022.

Règlement intérieur (Cf : document annexe)

Je soussigné _____

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter

Fait à _____ Le _____

Signatures :

Parent 1

Parent 2



Autorisations

Je soussigné _____ responsable légal de
l'enfant _____ autorise :

- Le CSC Agora à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence ?
 OUI NON

- La prise de photos et vidéo de votre enfant dans le cadre des activités périscolaires ?
Ces photos pourront être utilisées dans des articles de journaux, des publications de l'association, des évènements festifs, des réunions statutaires, sur nos réseaux sociaux (facebook, site CSC AGORA) ainsi que des diffusions aux familles (photo de groupe).
 OUI NON

- Le CSC Agora à consulter votre quotient familial sur CAF PRO ?
 OUI NON

- Le CSC Agora à transporter vos enfants dans nos véhicules ?
 OUI NON

- Le CSC Agora à m'envoyer par mail toute information relative aux activités proposées ?
 OUI NON

- **RGPD - Règlement Général sur la Protection des Données**
Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la société AIGA (logiciel Noé) pour la gestion de nos adhérents et usagers. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données.

- Les personnes majeures suivantes à chercher mon enfant et/ou à contacter :

Nom et prénom : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Lien de parenté : _____

Nom et prénom : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Lien de parenté : _____

Fait à _____ Le _____

Signature parent 1

Signature parent 2





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ;

2 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole : oui non Varicelle : oui non Angine : oui non

Coqueluche : oui non Otite : oui non Rougeole : oui non

Oreillons : oui non Scarlatine : oui non

Rhumatisme articulaire aigu : oui non

ALLERGIES :

ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

- **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TELEPHONE DOMICILE : PORTABLE :

6 - NOM, ADRESSE ET NUMERO DE TÉLÉPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ____ / ____ / ____

Signature des représentants légaux :



