

**FICHE D'INSCRIPTION 2020**

Accueil Collectifs des Mineurs

MERCREDIS JEUNESSE / VACANCES OCTOBRE**ENFANT**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

École fréquentée : _____

Enfant en situation d'handicap : OUI NON

Si OUI Formulaire PAI

SEJOUR 3 - 5 ans révolus 6 - 11 ans révolus MERCREDIS JEUNESSE : 19 août au 20 décembre 2020

CENTRE : _____

 VACANCES D'OCTOBRE : 12 au 22 octobre 2020

CENTRE : _____

FICHE FAMILLE**Responsable légal 1** Père Mère

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Tél : 069 _____

Tél : 069 _____

Tél : 0262 _____

E.mail : _____@_____

Responsable légal 2 Père Mère

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Tél : 069 _____

Tél : 069 _____

Tél : 0262 _____

E.mail : _____@_____

Situation familiale pour statistiques : Marié PACS Célibataire Concubinage Autre**Autre représentant légal :**

Mr/Mme : _____

Qualité : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Tél : 069 _____ Tél : 0262 _____

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), père – mère – représentant légal* de l'enfant,

déclare exact les renseignements portés sur ce dossier et :

 Autorise les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon enfant :

Mr ou Mme Tél : Lien avec l'enfant

Mr ou Mme Tél : Lien avec l'enfant

Mr ou Mme Tél : Lien avec l'enfant

 Autorise mon enfant à participer aux sorties et aux activités physiques et sportives organisées par le centre, Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre de la communication des actions de la Ville, Autorise mon enfant à utiliser le transport collectif pour les sorties, Autorise mon enfant à rentrer seul, Autorise la prise en charge et l'évacuation de mon enfant vers le centre hospitalier le plus proche si nécessaire,

FICHE SANITAIRE

SANTE :

Maladie chronique en précisant les dates et les précautions à prendre :

Asthmatique Oui Non

ALLERGIES :

Médicamenteuses : _____

Alimentaires : _____

Précisez la conduite à tenir : _____

REGIME ALIMENTAIRE :

AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc. Précisez :

A.....

le.....

Signature :