FICHE D'INSCRIPTION 2025

ENFANT

Tranche QF : ……..

Enfant

Nom : …… Prénom :……

Date de naissance : ___/___/____ Sexe : ❍ fille ❍ garçon

Responsables de l'enfant

Nom et prénom de la mère : ……

Profession : ……

Portable mère : I___I___I___I___I___I Travail mère : I___I___I___I___I___I

Nom et prénom du père : ……

Profession : ……

Portable père : I___I___I___I___I___I Travail père : I___I___I___I___I___I

Adresse : ……

……

Code Postal : I__I__I__I__I__I Ville : ……

Situation familiale : ❍ célibataire ❍ marié ❍ séparé ❍ divorcé
❍ concubinage ❍ veuf ❍ PACS ❍ famille d'accueil

Adresse e-mail : ……@……

N° CAF : ……

N° sécurité sociale ou MSA : ……

J'accepte que le Centre Social ait accès à mon dossier sur le site de Caf Pro.
❍ oui ❍ non

Liste des personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom – Prénom	N° de téléphone

FICHE D'INSCRIPTION 2025

ENFANT

Tranche QF : ……..

Enfant

Nom : …… Prénom :……

Date de naissance : ___/___/____ Sexe : ❍ fille ❍ garçon

Responsables de l'enfant

Nom et prénom de la mère : ……

Profession : ……

Portable mère : I___I___I___I___I___I Travail mère : I___I___I___I___I___I

Nom et prénom du père : ……

Profession : ……

Portable père : I___I___I___I___I___I Travail père : I___I___I___I___I___I

Adresse : ……

……

Code Postal : I__I__I__I__I__I Ville : ……

Situation familiale : ❍ célibataire ❍ marié ❍ séparé ❍ divorcé
❍ concubinage ❍ veuf ❍ PACS ❍ famille d'accueil

Adresse e-mail : ……@……

N° CAF : ……

N° sécurité sociale ou MSA : ……

J'accepte que le Centre Social ait accès à mon dossier sur le site de Caf Pro.
❍ oui ❍ non

Liste des personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom – Prénom	N° de téléphone

Médecin traitant

Nom : .....

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement ? ❍ oui ❍ non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée par le médecin

Rhumatisme articulaire aigü : ❍ oui ❍ non Asthme ❍ oui ❍ non

Diabète : ❍ oui ❍ non Épilepsie ❍ oui ❍ non

Régime alimentaire

❍ sans porc ❍ autres : .....

Autorisations

Photographies et vidéos

Durant les activités proposées par le centre, votre enfant serait susceptible d'être pris en photo ou filmés pour agrémenter les différents supports médiatiques (site, page facebook, presse interne, info st martin…).

❍ j'autorise ❍ je refuse que l'image de mon enfant soit diffusée.

Sorties

Je soussigné(e) ..... autorise mon enfant :

❍ à participer aux sorties ❍ à partir seul du centre (à partir de 11 ans)

Soins

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

En cas d'urgence prévenir en priorité :

❍ père ❍ mère ❍ autre : .....

Autres renseignements pertinents (allergies, prothèses, lunettes…)

.....

Fait à Saint Martin de Crau, le ____/____/_____

Signature des parents (ou responsable légal)

Médecin traitant

Nom : .....

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement ? ❍ oui ❍ non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée par le médecin

Rhumatisme articulaire aigü : ❍ oui ❍ non Asthme ❍ oui ❍ non

Diabète : ❍ oui ❍ non Épilepsie ❍ oui ❍ non

Régime alimentaire

❍ sans porc ❍ autres : .....

Autorisations

Photographies et vidéos

Durant les activités proposées par le centre, votre enfant serait susceptible d'être pris en photo ou filmés pour agrémenter les différents supports médiatiques (site, page facebook, presse interne, info st martin…).

❍ j'autorise ❍ je refuse que l'image de mon enfant soit diffusée.

Sorties

Je soussigné(e) ..... autorise mon enfant :

❍ à participer aux sorties ❍ à partir seul du centre (à partir de 11 ans)

Soins

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

En cas d'urgence prévenir en priorité :

❍ père ❍ mère ❍ autre : .....

Autres renseignements pertinents (allergies, prothèses, lunettes…)

.....

Fait à Saint Martin de Crau, le ____/____/_____

Signature des parents (ou responsable légal)