

PHOTO RECENTE

### Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

Fille ○ / Garçon ○ - Né(e) le : ..... À : .....

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

N° de Sécurité Social : ...../...../...../...../...../...../.....

N° d'allocataire : .....  CAF -  MSA -  Autre

Quotient : .....

Régime général et fonctionnaire  - Régime Agricole

### Identité responsable légal - (rayer les mentions inutiles)

	Père ou tuteur	Mère ou tutrice
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
E-mail *		

\*Les factures sont envoyées par mail ainsi que les invitations aux réunions parents.

### Personne à prévenir en cas d'urgence – (si différent des parents)

Nom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

### Tiers autorisé à prendre en charge l'enfant

Nom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

\*Présentation pièce d'identité, obligatoire, le parent doit en informer les tiers autorisés.

### Droit à l'image :

Autorise la publication interne à la structure : photos, vidéos, affichage  Oui  Non

Autorise la publication extérieure : articles presse, blog, bulletin municipal  Oui  Non

### Autorisation baignade – (en cas de sortie ALSH du mercredi & Mini-camps/Camps d'été)

Autorise mon enfant à se baigner en piscine, à la mer :  Oui\*  Non

Mon enfant sait nager :  Oui\*  Non

\*Joindre le test d'aisance aquatique. Celui-ci, doit être conforme à l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles.

### Autorisation de sortie

Autorise mon enfant de plus de 8 ans à quitter **Les p'tits dynamiques** seul à la fin de l'accueil :  Oui, à partir de .....  Non

### Observations spéciales

Mon enfant a une allergie :

Alimentaire  Oui  Non

Médicamenteuse  Oui  Non

Animaux  Oui  Non

Asthme  Oui  Non

L'accueil de mon enfant nécessite un projet d'accueil individualisé (PAI) :  Oui  Non

Votre enfant est-il reconnu en situation de handicap ?  Oui\*  Non

Médecin traitant .....

Lieu d'hospitalisation .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription et autorise le responsable ou ses délégués à prendre, en cas d'accident, toutes décisions d'hospitalisation et intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé, pour notre enfant.

### Pédagogie et règlement intérieur

Certifie avoir pris connaissance du projet pédagogique  Oui  Non

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur  Oui  Non

### Pièces nécessaires pour constituer un dossier complet\*

- 1 Photo
- Fiche sanitaire de liaison complète
- Carnet des vaccinations
- PAI à jour
- Attestation CAF avec Quotient Familial
- Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap) \*
- Attestation d'assurance
- Justificatif de domicile

\*Les dossiers d'inscription complets sont traités dans l'ordre d'arrivée.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Fait à : ..... Le : .....

Signature responsable légal :