

FICHE D'INSCRIPTION

2025-2026

ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin	
Date de Naissance :	
Lieu de Naissance :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : ☐ Célibataire / ☐ Marié / ☐ Séparé / ☐ Divorcé / ☐ Veuf / ☐ Concubin / ☐ Pacs	Situation familiale : ☐ Célibataire / ☐ Marié / ☐ Séparé / ☐ Divorcé / ☐ Veuf / ☐ Concubin / ☐ Pacs
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Autre (Précisez)	Type : ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER
Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Autre (Précisez)		Type : ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Autre (Précisez)		Type : ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Contre-indication	Diverses autres	Date de fin	Observations

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Sortie pendant les animations périscolaires : J'autorise mon enfant à participer à des activités extérieures dans le cadre de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs.	OUI / NON
Prise de vue et autorisation d'utiliser et conserver les supports par la commune : J'autorise, dans le cadre d'activités ou de manifestations, que mon enfant soit pris en photo et filmé.	OUI / NON
Participation aux activités aquatiques : J'autorise mon enfant à participer dans le cadre de l'accueil de loisirs aux activités aquatiques.	OUI / NON
Communication : J'accepte de recevoir les informations relatives à la vie périscolaire (cantine, garderie, centre de loisirs...) et autres événements via le portail E-Famille et la rubrique « votre mairie vous informe » (par mail et / ou SMS).	OUI / NON
Soins d'urgence : J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- Dans le cadre de divorce ou de séparation des parents, si l'enfant ne devait pas être remis à l'un ou l'autre des deux parents, merci de bien vouloir nous fournir le jugement de divorce ou la convention homologuée par le Juge aux Affaires Familiales. En cas de garde alternée, fournir une copie du calendrier sur l'année pour connaître la semaine du père et la semaine de la mère.

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement