


INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2011/2012

Nom _____ Prénom _____

 Date de naissance _____ Sexe F G

Etablissement fréquenté 2011/2012 _____ Classe _____

 **ALLERGIE** (alimentaire, médicamenteuse ou autres...)

Vous devez présenter un certificat médical au responsable du Point accueil pour l'informer de l'allergie de votre enfant.

Une photocopie du protocole d'accueil individuel (établi par le médecin scolaire) doit être impérativement fournie en cas d'allergie lourde.

Précisez l'allergie : _____

 **MALADIE** (asthme, convulsion, épilepsie, diabète, etc...)

Précisez : _____

 **CONTRE-INDICATION** (sportive ou autre)

Précisez : _____

 **RECOMMANDATIONS UTILES** (lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires...)

Précisez : _____

Médecin traitant _____ ☎ / / / /

Hôpital si obligation médicale*, suivi particulier de l'enfant à justifier _____

Nom de l'assurance : scolaire / extra scolaire _____ N° de contrat _____
 _____ Du / / au / /

 **AUTORISATION DE L'INSCRIT**

- | | | |
|--|-----|-----|
| - A sortir seul (matin : h / après-midi : h) | NON | OUI |
| - Etre transporté en car dans le cadre des sorties | NON | OUI |
| - Etre transporté par un véhicule mairie dans le cadre des sorties | NON | OUI |
| - A être filmé et photographié dans le cadre des activités, sur tous les supports de communication de la Ville | NON | OUI |
| - A être filmé dans le cadre des activités par la presse télévisée | NON | OUI |
| - Presse écrite (Nouvelles de Versailles, Parisien...) | NON | OUI |

Rayez la mention inutile


REPRESENTANTS DE L'ENFANT (mère, père, tuteur, tutrice...)

Nom Mme _____
Prénom _____
Lien de parenté _____
Domicile _____
_____ ☎ ... / ... / ... / ... / ...
Portable ☎ ... / ... / ... / ... / ...
Employeur _____
Adresse _____
_____ ☎ ... / ... / ... / ... / ...

Nom M. _____
Prénom _____
Lien de parenté _____
Domicile _____
_____ ☎ ... / ... / ... / ... / ...
Portable ☎ ... / ... / ... / ... / ...
Employeur _____
Adresse _____
_____ ☎ ... / ... / ... / ... / ...

Marié(e) Vie maritale Pacs Célibataire
Séparé(e) Divorcé(e) joindre le jugement de divorce Veuve ou veuf

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents) Nom, prénom, lien de parenté avec l'enfant, ☎

 **FRERE(S), SŒUR(S)**

Nom _____ Prénom _____ Fréquenté-t-il un Point accueil ? Non
Si Oui Lequel ? _____
Nom _____ Prénom _____ Fréquenté-t-il un Point accueil ? Non
Si Oui Lequel ? _____
Nom _____ Prénom _____ Fréquenté-t-il un Point accueil ? Non
Si Oui Lequel ? _____

Personne à venir chercher l'enfant (autre que les parents) Nom, prénom, lien de parenté, ☎

**Je prends connaissance du fait que l'enfant est placé sous ma responsabilité pour ses déplacements lui permettant de quitter le Point accueil.
Lors des temps d'ouverture, les animateurs sont responsables de mon enfant une fois présent dans la structure.
J'autorise le Directeur du Point accueil à prendre toutes mesures d'interventions d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin régulateur du SAMU (*cf. obligation médicale page 1)**

Date ... / ... / ... Signature :