

Cadre réservé à l'administration :

- QF 1 2 3 4 5 6
- Bellignat Hors Bellignat
 - Adhésion : 3€ 10€
 - Attestation CAF
 - Vaccins
 - Accueil de Loisirs
 - CLAS : L M J V
 - Atelier (15€ /20€) _____

**FICHE D'INSCRIPTION ENFANCE
ANNEE 2025 - 2026**

NOM de l'enfant : _____ **Prénom :** _____

Sexe : Garçon - Fille - Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Tel : _____

Mail (MERCI de l'écrire lisiblement) : _____

Classe : _____ **Age :** _____ **Ecole fréquentée :** _____

N° allocataire CAF : _____ **QF :** _____

N° de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché : _____

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'allocation AEEH : Oui Non

PARENT 1 :

PARENT 2 :

NOM : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Profession : _____

Nom de l'employeur : _____

Nom de l'employeur : _____

Tel. Travail : _____

Tel. Travail : _____

Portable : _____

Portable : _____

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), _____ précise que l'enfant _____

- Rentrera seul (HEURE : _____)** **Ne rentrera pas seul**

Dans ce dernier cas, personne **âgée d'au moins 16 ans** pouvant récupérer l'enfant (en dehors des parents) :

Mr ou Mme _____ Tel : _____ lien avec l'enfant : _____

Mr ou Mme _____ Tel : _____ lien avec l'enfant : _____

Mr ou Mme _____ Tel : _____ lien avec l'enfant : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant est-il allergique ? : Oui Non

Si oui : Allergies alimentaires : ARACHIDE, LAIT, GLUTEN, ŒUFS, autres _____

Régime alimentaire : aucun sans porc sans viande

Allergies médicamenteuses : _____

Votre enfant a-t-il une maladie spécifique ? _____

Votre enfant est-il sujet à l'asthme ? : Oui Non

Est-il sous traitement médical ? : Oui Non (Si oui joindre l'ordonnance)

Porte-t-il des lunettes ? : Oui Non

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ Tel : _____

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____,

responsable de l'enfant _____ autorise :

Les responsables à consulter mon dossier CAF via le logiciel CDAP afin de déterminer le tarif individualisé pour l'accueil de mon ou mes enfant(s). Dans le cas contraire, je devrai payer le tarif plafond.

J'accepte que mes données personnelles soient archivées pendant 6 ans.

Oui Non

Le Centre Social Jacques PREVERT à enregistrer et traiter les données personnelles renseignées dans ce formulaire et dans les documents remis (RGPD).

Le traitement de ces données nous servira à gérer les dossiers d'inscriptions, communiquer et calculer des statistiques. (Ces informations seront uniquement traitées en interne et en aucun cas divulguées à un tiers).

A défaut de consentement, nous ne pourrons pas traiter votre demande.

Oui Non

Les responsables ou accompagnateurs à faire pratiquer les interventions de secours, de transports, médicaux ou chirurgicaux que son état nécessiterait en cas de maladie ou d'accident.

Je m'engage à rembourser les frais de transports, médicaux, d'hospitalisation ou d'opérations éventuels qui auraient pu être avancés par le Centre Social et Culturel Jacques PREVERT.

Oui Non

Mon enfant à participer aux activités et aux déplacements prévus, avec ou sans transport en véhicule (bus, minibus, véhicule particulier du personnel ou des bénévoles) organisés par le CSCJP.

Oui Non

Que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités à des fins non commerciales pour le site internet ou sur des supports papiers

Oui Non

Pour que l'inscription de votre enfant soit prise en compte merci de joindre :

- Le **règlement de l'adhésion annuelle** (Familiale 10 € ou individuelle 3 €)
- Une **photocopie des vaccins** à jour (carnet de santé)
- L'**attestation CAF** désignant votre **Quotient Familial**
- Le **règlement de l'activité** au moment de l'inscription pour qu'elle soit validée

Je certifie exacts les renseignements ci dessus.

Fait à Bellignat le _____

Signature :

