




# FICHE D'INSCRIPTION

## BL ENFANCE

### 2024/2025

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	       <small>* A fournir si manquant.</small>
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
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 COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre a besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

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

**Données complémentaires**

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Maladie	Date maladie	Observation

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

## ATTESTATION

Nous soussignés (\*)

Responsables légaux de l'enfant (\*)

- 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

**A NOUS RETOURNER AU PLUS VITE.SVP.**

Email : [sirsladrenne-lecoudray@hotmail.com](mailto:sirsladrenne-lecoudray@hotmail.com)

### Inscription au transport : Par vos soins

-privilégier l'inscription en ligne sur le site sécurisé oise-mobilite.fr en accédant à la rubrique « Scolaires » (depuis un smartphone ou un ordinateur) => En quelques minutes, possibilité d'éditer un titre provisoire

Pour utiliser le car, d'imprimer une prise en charge d'imprimer la carte de libre circulation pour les primaires.