

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2018 / 2019

Établissement : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : M  F  Date de naissance : / /

Adresse de résidence de l'enfant : .....

.....

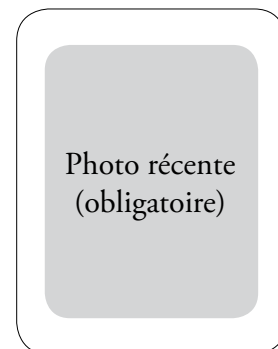
.....

Commune : .....

Frère(s) et sœur(s) (nom, prénom) : .....

.....

.....



- Situation familiale :  marié  séparé  divorcé  union libre  décision de justice fournie  
(si divorcé ou séparé, fournir un exemplaire complet de la dernière décision de justice concernant l'enfant)

<b>Responsable légal 1</b>	<b>Responsable légal 2</b>
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse de résidence : .....	Adresse de résidence : .....
.....	.....
Courriel : .....	Courriel : .....
Tél domicile : .....	Tél domicile : .....
Mobile : .....	Mobile : .....
Tél professionnel : .....	Tél professionnel : .....
• <u>Régime professionnel du payeur principal</u> : <input type="checkbox"/> général <input type="checkbox"/> agricole	

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables (nom, prénom, lien de parenté / Téléphone) :

1. .... Tél : .....
2. .... Tél : .....
3. .... Tél : .....
4. .... Tél : .....
5. .... Tél : .....
6. .... Tél : .....

## FICHE DE LIAISON SANITAIRE

PAI

Panier repas

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....

Tél : .....

### ALIMENTATION

Allergies : .....

.....

.....

Remarques : .....

.....

.....

### ASSURANCE

Nom : .....

N° de Police : .....

Date d'échéance : .....

### EN CAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE

Nom du médecin spécialiste : .....

.....

Centre hospitalier spécifique : .....

.....

.....

### PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

(allergies, asthme, épilepsie, traitement, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

À jour des vaccins suivants :

Antidiphtérique / Antitétanique / Antipoliomyélitique

*Copie du carnet de santé à fournir*

## AUTORISATIONS PARENTALES

- ***J'autorise mon enfant à recevoir des soins d'urgence et / ou à être hospitalisé. \****
- ***Je m'engage à informer la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume de toute modification de ces renseignements. \****

*\* Autorisations obligatoires pour participer aux activités*

**J'autorise la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume à utiliser, dans le but de promouvoir les activités, les photos et/ou films de mon enfant qui pourraient être réalisés lors des différentes activités auxquelles il participe :**

Oui  Non

**J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de celles-ci :**

○ Accueil ' Les Dragonnets ' (mercredi après-midi) :  Oui  Non

○ Activités jeunesse hors temps scolaire :  Oui  Non

Pièces à fournir :

- Vaccinations (copie du carnet de santé à fournir), mises à jour à 6 ans et à 11 ans.
- Quotient familial (Attestation CAF ou dernier avis d'imposition sur les revenus).
- Si divorcé ou séparé : fournir un exemplaire complet de la décision de justice concernant l'enfant.

Nom : .....

Prénom : .....

*(date et signature précédées de la mention 'lu et approuvé')*