

Enfant

Fille Garçon

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse de rattachement : _____

Code Postal / Ville : _____ Tél. portable de l'enfant : _____

Ecole : _____ Classe : _____

Assureur : _____ N° contrat : _____ Validité : _____

Activités

Accueil périscolaire Accueil de loisirs Centre sportif Espace jeunes Chaloupe

Restauration scolaire => Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Attention : tout changement (repas supplémentaire ou annulation de repas) devra être signalé au plus tard la veille avant 9h auprès des ATSEM, du référent périscolaire ou via le kiosque famille avant 7h.

Responsable 1

Père Mère Tuteur

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal / Ville : _____ Adresse mail : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Tél. professionnel : _____ N° d'allocataire CAF : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ Régime général MSA Autre

Responsable 2

Père Mère Tuteur

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal / Ville : _____ Adresse mail : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Tél. professionnel : _____ N° d'allocataire CAF : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ Régime général MSA Autre

Facturation

Adresse de facturation, si différente de celle du responsable 1 : _____

⇒ Voir Verso

Responsable de l'enfant si différent du 1 et 2

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal / Ville : _____ Adresse mail : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Autre personne autorisée à récupérer l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence

NOM : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté avec l'enfant : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté avec l'enfant : _____

Fiche sanitaire

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Vaccination DTPC : oui non Date de rappel : _____

Maladies chroniques : oui non Si oui, lesquelles ? _____

Traitement médical : oui non Lequel ? _____

Autres difficultés de santé : _____

Repas PAI* : oui non Repas sans porc : oui non

* voir le responsable de la structure pour la prise en charge du Projet d'Accueil Individualisé

Allergies

Allergie alimentaire : oui non Si oui, à quoi ? _____

Allergie médicamenteuse : oui non Si oui, à quoi ? _____

Allergie autre : oui non Si oui, à quoi ? _____

Autorisations spécifiques

Enfant autorisé à partir seul : oui non _____

Si oui, à partir de quelle heure :

Autorisation quartier libre lors des camps et sorties : oui non

Je soussigné(e) M ou Mme (nom- prénom) _____, père, mère, tuteur
(**raier la mention inutile**) de l'enfant (nom - prénom) _____ a u t o r i s e o u
n'autorise pas (**barrer la mention inutile**) la commune de Louviers à photographier ou filmer mon enfant
sur les activités de loisirs périscolaires, à les exposer et les diffuser dans la presse locale exclusivement à
des fins non commerciales.

En cas d'accord, les représentants légaux de l'enfant s'engagent à ne pas exercer de recours ultérieur lors
de la publication de ces images.

.....
*L'inscription est conditionnée par l'acceptation des règlements en vigueur, disponibles à l'Espace Accueil
de la Mairie.*

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs relatifs aux activités pour lesquelles j'ai
inscrit mon ou mes enfant(s) et autorise les responsables de la structure à prendre, le cas échéant, toutes
les mesures (traitements médicaux, hospitalisation...) rendus nécessaires par l'état de santé de mon
enfant.

Date et Signature du responsable