

# DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILLE

Restaurant d'Enfants	<input type="checkbox"/>	ESCAL	<input type="checkbox"/>
Garderie Péri-Scolaire	Matin <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>	P.O.M. <input type="checkbox"/>
Temps Educatif	<input type="checkbox"/>	Cocktails Loisirs	<input type="checkbox"/>
A.L.S.H	<input type="checkbox"/>	Ludothèque/Médiathèque	<input type="checkbox"/>

ENFANTS	Premier Enfant	Deuxième Enfant	Troisième Enfant	Quatrième Enfant
Nom de Famille				
Prénom				
Sexe				
Date de Naissance				
Lieu de Naissance				
Ecole/Classe				
<b>N° Carte CAP'LOISIRS</b>				

- l'ordre d'inscription des enfants doit être respecté dans tous les tableaux du dossier d'inscription.

A remplir par les deux parents	Père	Mère
Nom de famille		
Prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Tél. bureau		
Profession		
Adresse mail		

Situation de famille : célibataire  marié(e)  divorcé(e)  autre .....

En cas de divorce ou séparation :

- autorité parentale de la mère
- autorité parentale du père
- autorité parentale conjointe

## INSCRIPTION

Ce dossier devra être ramené **complet** avant toute inscription au Service du Guichet Unique.

### Guichet Unique :

- Téléphone : 02.43.60.72.72.

- Adresse : 13 rue Viet – 72400 LA FERTE-BERNARD

## HORAIRES

- Lundi au Vendredi            8 h 30 à 12 h 00 et de 13 h 30 à 17 h 00
- Samedi                            9 h 00 à 12 h 00

La Mairie est fermée le samedi pendant toutes les vacances scolaires

### Pièces communes à tout dossier à ramener **OBLIGATOIREMENT**

Dossier d'inscription complété :

- Fiche sanitaire – une par enfant (fiches supplémentaires disponibles au Guichet Unique)
- Fiche autorisation

Livret de famille

Attestation d'assurance **Responsabilité Civile OBLIGATOIRE**

1 photographie de l'enfant pour la 1<sup>ère</sup> carte Cap'Loisirs (à faire dans la Mairie de Résidence)

Carte CAP'LOISIRS à mettre à jour au 1<sup>er</sup> Juillet de chaque année, sur présentation d'un justificatif de domicile récent (dans votre Mairie de Résidence)

### Caisses Primaires de Sécurité Sociale, Assurances, Allocations Familiales

**Numéro CAF / MSA(\*)** : \_\_\_\_\_ de la Sarthe ou autre \_\_\_\_\_

(\*) Rayer la mention inutile

**N°Sécurité Sociale** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Caisse de \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

**Assurances** : VOUS DEVEZ AVOIR UNE ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT AVEC ASSISTANCE INTEGREE POUR LA PRATIQUE DES SPORTS ET DES LOISIRS. Celle-ci doit couvrir les accidents n'engageant pas la responsabilité de l'association. Vous possédez peut-être ce type de garantie, par exemple dans le cadre d'une assurance « MULTIRISQUES HABITATION » ou « SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE ». Vérifiez que celle-ci couvre bien le participant pour la pratique de sports et de loisirs tels que randonnée, activités sportives sans compétition, jeux collectifs (football, volley-ball...), natation, canoë-kayak, équitation, spéléologie, VTT

**Joindre obligatoirement une attestation de votre Assureur. (Tous les documents demandés doivent être en cours de validité)**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

une fiche par enfant

## 1 – ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Garçon  Fille

Nom du médecin traitant et téléphone \_\_\_\_\_

## 2 – VACCINATIONS

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication  
(le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

**merci de noter ci-dessous les dates précises des vaccins**

L'enfant a reçu les vaccins:

Vaccins	1 <sup>ère</sup> inj.	2 <sup>ème</sup> inj.	3 <sup>ème</sup> inj.	1 <sup>er</sup> rappel	2 <sup>ème</sup> rappel
DTP /DTCP/ DTCPhI					
BCG					
ROR					

AUTRES Vaccins (Nom) :

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- **ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX** : Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'activité ou du séjour à savoir **allergies alimentaires, allergies médicamenteuses**, les autres allergies telles qu'aux plantes, pollen, animaux... ou une opération chirurgicale récente :  
.....  
.....

- **MALADIES EN COURS** : Aiguës ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement des activités ou du séjour, par exemple diabète, asthme, convulsions... :  
.....  
.....

### Si traitement médical lors de l'activité ou du séjour :

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Nom et Prénom du Médecin traitant \_\_\_\_\_

Téléphones \_\_\_\_\_ ou 06 \_\_\_\_\_

- **RENSEIGNEMENTS SUR LA VIE QUOTIDIENNE DE L'ENFANT** : (par exemple, l'enfant fait pipi au lit, votre fille est réglée...) :.....

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document et,  
M'engage à communiquer tout changement relatif à ces renseignements,

La Ferté-Bernard, le.....

Signature(s) du ou des responsable(s) légal (aux)

# FICHE AUTORISATION

*Si les autorisations s'appliquent à tous vos enfants, ne remplir qu'une seule fiche*

Je soussigné(e) (Nom – Prénom) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom – Prénom du ou des enfant(s) : \_\_\_\_\_

## ***Autorisation « Interventions Médicales et Chirurgicales »***

- J'autorise le responsable de l'activité municipale à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence ou d'accident grave survenant à mon enfant pouvant entraîner une hospitalisation et demande à en être informé(e) dans les plus brefs délais.

## ***Autorisation de « Droit à l'image »***

- J'autorise le personnel municipal à filmer et prendre des photos de mon enfant dans le cadre d'activités ou de manifestations municipales.

## ***Autorisation de « Droit au maquillage »***

- J'autorise le personnel municipal à maquiller mon enfant, lors d'activités d'expression, j'autorise mon enfant à participer à un atelier maquillage.

## ***Autorisation à la « Baignade »***

- Oui

### **Personnes à contacter en cas d'urgence**

Noms – Prénoms	Qualité (père, grand-mère, oncle...)	Téléphones fixes	Téléphones professionnels	Téléphones portables

Fait à .....

Le .....

**Signature(s) du ou des responsable(s) légal (aux)**