




# FICHE D'INSCRIPTION

2023-2024

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

\* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
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-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

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

Données complémentaires	
Monter dans la navette ou bus :	oui / non
Apte à la vie en collectivité :	oui / non
Numéro Sécurité Sociale :	
Ecole / classe :	
Adresse de facturation :	
Sait nager :	oui / non



**LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR**

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Assurance scolaire, péri et extrascolaire (valide jusqu'au : 31/08/2024)
- Avis d'imposition (sans avis d'imposition le tarif maximum sera appliqué) (valide jusqu'au : 31/12/2023)
- Extrait de jugement en cas de séparation
- Pages de vaccination

**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

### Autorisation données Caf Côte d'Or

N° Allocataire Caf (à fournir obligatoirement) :.....

Je soussigné.....autorise la collectivité gestionnaire de l'accueil de loisirs à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF pour connaître :

- mes ressources N-2,
- mon quotient familial N-2,
- le nombre d'enfants à charge,
- le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiaire de l'AAEH

Ces données vous sont demandées afin de calculer le tarif horaire applicable dans le cadre de l'accueil de mon enfant dans les services périscolaires et extrascolaires de la ville de Montbard.

Ces données seront conservées et consultables pendant 5 ans, afin de permettre à la CAF de contrôler le gestionnaire.

A.....le.....

Signature :

Merci de retourner ce document dûment rempli au Service Enfance Jeunesse :

2 Avenue du Maréchal De Lattre de Tassigny, 21500 MONTBARD



Je soussignée,

Nom et Prénom des parents ou responsable de l'enfant dument identifié :

Certifie le caractère indispensable de mes déplacements, entre mon domicile et le lieu d'accueil de l'enfant en périscolaire:

NOM

Prénom

Date de Naissance

Moyen de déplacement

Structure d'accueil de l'enfant

**VILLE DE MONTBARD**

**Service Enfance Jeunesse**

2 Bis rue Maréchal De Lattre De Tassigny

21500 MONTBARD

Tél. 03.80.92.47.63



Fait à  
Le