



FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027

ENFANT

Identité

Nom :

Prénom :

Sexe :

Naissance :

A :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Assureur :

Numéro :

RESPONSABLE LEGAL

Responsable 1

Responsable 2

Nom :

Prénom :

Profession :

Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)

Date et lieu de naissance :

Type : Père / Mère / Autre (Précisez)

Adresse :

Email :

Tél. :

Portable :

Tél. Pro. :

Nom :

Prénom :

Profession :

Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)

Date et lieu de naissance :

Type : Père / Mère / Autre (Précisez)

Adresse :

Email :

Tél. :

Portable :

Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contact

Contact

Nom :

Prénom :

Type : Père / Mère / Autre (Précisez)

Tél. :

Portable :

Appel en cas d'urgence :

OUI / NON

Autorisé à récupérer l'enfant :

OUI / NON

Appel en cas d'urgence :

OUI / NON

Autorisé à récupérer l'enfant :

OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES		
Autorisations		Réponse
Prise de photo : 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
Hospitalisation : 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
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?		OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?		OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?		OUI / NON

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité
Allergies	Pratiques alimentaires	

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