

Fiche d'inscription – année 2020/2021

Identification de l'enfant :

- Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
- Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
- Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Identification de la famille :

- Nom et prénom du responsable légal : \_\_\_\_\_  
- Adresse : \_\_\_\_\_

- Employeur/ Organisme de formation : \_\_\_\_\_

Merci de noter un numéro de téléphone **(OBLIGATOIRE)**

- Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_  
- Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

- Situation familiale : Célibataire  - Marié(e)  - Vie maritale  - Pacsé(e)  - Divorcé(e)

**En cas de divorce/séparation joindre impérativement l'extrait du jugement concernant la garde de l'enfant.**

- Nom et prénom du conjoint : \_\_\_\_\_  
- Adresse : \_\_\_\_\_

- Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_  
- Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
- Employeur/ Organisme de formation : \_\_\_\_\_

Votre enfant autorisé à sortir seul ?  oui  non

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT) :**

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone (fixe et mobile)

**Votre enfant participera à :**

ALP primaire matin	<input type="checkbox"/> <b>oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>non</b>
ALP primaire midi (cantine)	<input type="checkbox"/> <b>oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>non</b>
ALP primaire soir	<input type="checkbox"/> <b>oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>non</b>
Etude dirigée	<input type="checkbox"/> <b>oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>non</b>

**Nous Autorisez-vous à :**

- Utiliser l'image de votre enfant mineur et éventuellement sa publication ?  
 **oui**       **non**
- Faire réaliser, en cas de besoin, les soins urgents jugés utiles après avis médical (de même, si une hospitalisation s'avérait nécessaire diagnostic effectué par un professionnel de santé) ?  
 **oui**       **non**

N°allocataire CAF ou autre régime (à préciser) : \_\_\_\_\_

N°CPAM : \_\_\_\_\_

Nom de votre compagnie d'assurance et numéro d'adhésion de votre responsabilité civile (joindre une copie de l'attestation) : \_\_\_\_\_

**Notes médicales :** joindre impérativement copie du carnet de santé pages 90 et 91 comprenant le vaccin antitétanique à jour.

Votre enfant a-t-il un **PAI (protocole d'accueil individualisé)** ?  **oui**       **non**

Nom du médecin à prévenir	spécialité	adresse	téléphone
---------------------------	------------	---------	-----------

---

---

**Antécédents médicaux – Allergies – Commentaires – Autres :**

Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALP.

**Lu et approuvé** (signature)

Confirmation des informations données ci-dessus

Bédarieux, le ...../...../.....

**Signature du Responsable Légal** (signature)