

**Inscription(s) aux activités:**

Semaine scolaire

Vacances scolaires

**ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

École et classe : .....

Assurance (Nom et N° de contrat) : .....

N° de sécurité sociale : .....

**RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :**

**Responsable 1**

**Responsable 2**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Situation familiale : .....

Situation familiale : .....

Lien avec l'enfant : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél fixe : .....

Tél fixe : .....

Portable : .....

Portable : .....

Mail : .....

Mail : .....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Employeur : .....

Tél travail : .....

Tél travail : .....

Numéro Allocataire CAF ou MSA : .....

**AUTORISATIONS DIVERSES**

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....

Autorise mon enfant à rentrer seul,

**ou**

Autorise les personnes ci-dessous (**personne majeure**, ou sur autorisation parentale manuscrite) à prendre en charge mon enfant après l'accueil de loisirs Spot Ados :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Tél
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport pour les déplacements liés aux activités,

Autorise la diffusion de photos et vidéos de mon enfant dans le cadre des animations et de la communication de l'association Péri'Jeunesse et de la ville de Périgny,

Autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin et autorise le médecin le cas échéant à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant .../...

## PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- un justificatif de domicile (- de 6 mois) pour les habitants de Périgny et St Rogatien
- attestation CAF (si régime générale)
- avis d'imposition 2017 (si autre régime : MSA etc...)

Une **adhésion annuelle** par enfant sera demandée dès la première facture

	1er enf	2e enf	3e enf	+
Périgny, St Rogatien	12,50 €	8,50 €	4,50 €	0,00 €
Communes extérieures	17,50 €	13,50 €	9,50 €	0,00 €

## INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant : ..... ☎ .....

VACCINS	DATE DU DERNIER RAPPEL	Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :
DTCP (Infanrix, Pentacoq, Pentavac)		<input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine
ROR (ROR Vax, Priorix)		<input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Rougeole
HEPATITE (Engérix, HB, Vax DNA)		<input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Angine
		<input type="checkbox"/> Rhumatismes articulaires

Allergies (alimentaires, asthme, médicamenteuse, etc...) et conduite à tenir : (fournir justificatif médical)

Autres difficultés de santé de l'enfant recommandations utiles (port de lunettes, prothèses auditives, etc..) et activités proscrites :

**J'accepte de recevoir sur mon adresse mail, les factures, les attestations d'impôts (sur demande) ou tout autre document lié à Péri'Jeunesse**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur 2018-2019 du Spot Ados.

Date

Signature