

## VACANCES

Photo

### Fiche d'inscription

#### ENFANT

Sexe :  Féminin  Masculin  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Ecole fréquentée en **septembre 2021** : \_\_\_\_\_  
 Classe à la rentrée 2021 : \_\_\_\_\_ Monolingue  Bilingue   
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Régime alimentaire :  Ordinaire (toutes viandes)  Végétarien (sans viande)

#### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père  Mère  Tuteur  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Tél professionnel : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_  
 N° Sécurité sociale \_\_\_\_\_

#### AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Père  Mère  Tuteur  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Tél professionnel : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_  
 N° Sécurité sociale \_\_\_\_\_

### Situation financière



Nombre d'enfants total au foyer : \_\_\_\_\_

Quotient familial : \_\_\_\_\_ (Communiqué par la CAF)

**Votre inscription est susceptible d'être suspendue si l'une des priorités fixées par la Mairie de Cernay n'est pas entièrement satisfaite :**

- Les enfants des familles habitant la commune de Cernay
- Les enfants dont le ou les parents travaillent ou dont l'un des parents travaille et l'autre est à la recherche active d'un emploi (attestation de recherche d'emploi ou de formation)
- Les enfants qui font l'objet d'une demande spécifique de prise en charge par un organisme social, la Réussite Educative Nationale (ULIS, CLIS, CAT ...).

**Autorité parentale** (en cas de divorce ou de séparation des parents)

Je soussigné : \_\_\_\_\_, déclare sur l'honneur que l'autorité parentale est exercée :

En commun

Par la mère

Par le père

Autre : \_\_\_\_\_

**(Joindre une copie de l'acte faisant mentionnant de l'autorité parentale)**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure. Je déclare également avoir pris connaissance des conditions d'inscription pour l'année scolaire 2021/2022.

**Règlement intérieur** (Cf : document annexe)

Je soussigné \_\_\_\_\_

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signatures :

Parent 1

Parent 2



### Autorisations

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de  
l'enfant \_\_\_\_\_ autorise :

- Le CSC Agora à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence ?

OUI

NON

- La prise de photos et vidéo de votre enfant dans le cadre des activités périscolaires ?

Ces photos pourront être utilisées dans des articles de journaux, des publications de l'association, des évènements festifs, des réunions statutaires, sur nos réseaux sociaux (facebook, site CSC AGORA) ainsi que des diffusions aux familles (photo de groupe).

OUI

NON

- Le CSC Agora à consulter votre quotient familial sur CAF PRO ?

OUI

NON

- Le CSC Agora à transporter vos enfants dans nos véhicules ?

OUI

NON

- Le CSC Agora à m'envoyer par mail toute information relative aux activités proposées ?

OUI

NON

- RGPD - Règlement Général sur la Protection des Données

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la société AIGA (logiciel Noé) pour la gestion de nos adhérents et usagers. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données.

- Les personnes majeures suivantes à chercher mon enfant et/ou à contacter :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature parent 1

Signature parent 2





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ;

## 2 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION.**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole : oui  non       Varicelle : oui  non       Angine : oui  non

Coqueluche : oui  non       Otite : oui  non       Rougeole : oui  non

Oreillons : oui  non       Scarlatine : oui  non

Rhumatisme articulaire aigu : oui  non

### ALLERGIES :

ASTHME                    oui  non                     MÉDICAMENTEUSES    oui  non

ALIMENTAIRES        oui  non                     AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :**

.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

- **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : .....

**6 - NOM, ADRESSE ET NUMERO DE TÉLÉPHONE DU MEDECIN TRAITANT :**

*Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature des représentants légaux :



