

Les informations demandées dans le présent dossier d'inscription sont obligatoires. Leur défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier correctement et votre inscription d'aboutir. Merci de votre compréhension.

1**ENFANT A INSCRIRE**

Dossier reçu le : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe: M F

Né(e) le : ___ / ___ / ___ À : _____ N° Département : _____ Pays : _____

Tél portable de l'enfant : _____

2**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX****Représentant légal 1****Représentant légal 2**

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Né le : ___ / ___ / ___

Prénom : _____

À : _____

Née le : ___ / ___ / ___

Adresse : N°/Lettre : _____ Voie : _____

À : _____

Adresse : N°/Lettre : _____ Voie : _____

CP : _____ Ville : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél : _____

Tél : _____

Mail : _____@_____

Mail : _____@_____

 Enfant placé en famille d'accueil (joindre le document officiel)**3****SITUATION FAMILIALE ACTUELLE DES PARENTS**

- Célibataire Mariés Pacsés En concubinage Séparés Divorcés
 En instance de divorce Veuf(ve)

4**PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT ET/OU À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX**

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Lien de parenté : _____ Autorisé(e) : À récupérer À contacter

5**FICHE SANITAIRE**

- **Mise en place d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) :**

non oui (à joindre au dossier) **Daté du :** ___ / ___ / ___

- **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

<input type="checkbox"/> ANGINE	<input type="checkbox"/> ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OTITE	<input type="checkbox"/> VARICELLE
<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> RUBÉOLE	<input type="checkbox"/> OREILLONS	<input type="checkbox"/> SCARLATINE
<input type="checkbox"/> AUTRE			

- **ASTHME :** OUI NON

- **ALLERGIE(S) :**

Alimentaires :

oui non

Médicamenteuses :

oui non

Autres (animaux, plantes, pollen) :

oui non

Si oui, joindre un justificatif précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé : oui non Si oui, précisez : _____

6**AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MÉDICAUX**

Je soussigné(e) (nom et prénom) : _____, agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de (nom et prénom de l'enfant) : _____

né(e) le : ___ / ___ / ___ autorise le personnel à transporter mon enfant dans un véhicule de secours jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté ainsi que de lui donner, en cas d'urgence, tous les soins nécessités par son état. En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles. Les pièces justificatives de ces frais et le dossier seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement.

7**AUTORISATION DE SORTIE ET DROIT À L'IMAGE**

- J'autorise mon enfant à partir seul(e) après l'activité et dégage la mairie de Lunel et le personnel de toutes responsabilités : OUI NON
- J'autorise mon enfant à partir seul(e) après 20h : OUI NON
- J'autorise gracieusement la publication d'images et/ou de vidéos de mon enfant dans la presse locale ainsi que sur les supports de communication de la mairie. OUI NON

Fait à LUNEL

Signature :

Le : ___ / ___ / ___