









FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE DE LA MDJ

Maison Des Jeunes, 32 rue de Carquefou





Nom de l'enfant :		Prénom :		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :					
Adresse (résidence habituelle de l'enfant) :					

M Parents ou représentants légaux :

MÈRE / PÈRE / TUTEUR (rayer les mentions inutiles)	MÈRE / PÈRE / TUTEUR (rayer les mentions inutiles)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
 Mail :	 Mail :
 Domicile :	 Domicile :
 Mobile :	 Mobile :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
 Travail :	 Travail :
Mariés / Pacsés <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Divorcés / Séparés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	

En cas de divorce ou de séparation, si un parent n'a pas l'autorité parentale, nous fournir la photocopie de l'extrait de jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant

M Prestations familiales :


-  Organisme : Caisse d'Allocations Familiales MSA (Sécurité sociale agricole)
-  N° allocataire CAF 44 ou MSA : _____ Quotient familial : _____
-  Allocation CAF : **joindre** une attestation de quotient familial
-  Assurance : **joindre** une attestation de responsabilité civile

Droit à l'image : j'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé pendant les activités, et à exploiter les photos dans les publications municipales et sur www.thouare.fr. OUI NON



: Tout changement d'information en cours d'année doit être signalé à la directrice et à la mairie.

M Renseignements médicaux :


 Vaccins : **joindre** une copie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant, document **obligatoire** pour valider l'inscription dans les structures municipales.


Allergies :

Votre enfant souffre-t-il ? d'asthme d'allergies alimentaires d'allergies médicamenteuses

Votre enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)? OUI NON année : _____
Autre :



A noter, en cas de traitement médical, d'allergie ou d'intolérance alimentaire, un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) pourra être mis en place permettant de préciser les conduites à tenir en cas d'urgence. Demande est à faire auprès d'un médecin.



<p> Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'équipe pédagogique (traitement médical en cours, port de lunettes, précautions particulières à prendre...).</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--


 Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :
.....
.....


M AUTORISATIONS :


Autres personnes autorisées à **prendre en charge** l'enfant et à **être appelé en cas d'urgence** si besoin :


 Nom Prénom..... 
Lien avec l'enfant

 Nom Prénom..... 
Lien avec l'enfant

 **J'autorise** **Je n'autorise pas** le personnel diplômé, sous la responsabilité de la direction de la structure à administrer les médicaments prescrits par le médecin de notre enfant, sur présentation de l'ordonnance en cours de validité dans le cadre de son PAI. A également prendre toute décision jugée utile devant une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale, nécessitant une anesthésie générale prescrite par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

 Je soussigné(e)..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures enfance jeunesse et je m'engage à le respecter. Je déclare avoir pris connaissance des horaires et des conditions de réservation et de prise en charge de mon enfant et les accepter. Dans le cas contraire, je reconnais être informé sur d'éventuelles sanctions.

 Je décharge la Ville de Thouaré-sur-Loire de toutes responsabilités en cas de détérioration, perte ou vol d'objets personnels de valeur.

 Je déclare sur l'honneur, exacts les renseignements indiqués dans cette fiche d'inscription et de liaison, et je m'engage à informer les services municipaux de tout changement intervenant dans ma situation, qu'il soit d'ordre familial, de domicile, d'employeur, de revenu, de domiciliation bancaire.

Fait à Thouaré-sur-Loire, le :

Signatures des représentants légaux :