

# Fiche d'inscription Année 2024/2025

---

---

## L'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :     M             F

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

---

## Le responsable légal de l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Tél. personnel : .....

Tél. professionnel : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

Autre personne à joindre en cas d'absence :

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Tél. personnel : .....

Tél. professionnel : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

---

**Renseignements médicaux**

L'enfant suit-il un traitement médical ?

- oui  non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant).*

***Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.***

Votre enfant a-t-il des allergies ?

- oui  non

Si oui de quel type :

- asthme  alimentaires  médicamenteuses  
 autres.....  
.....  
.....

Préciser la cause de l'allergie et conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

*Joindre une photocopie du carnet de vaccination.*

Antécédents médicaux (préciser date et précautions à prendre) :

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

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil dentaire, etc. ?

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

## Assurances

En qualité de responsable de l'enfant.....  
(nom et prénom de l'enfant)

### **Autorisation en cas d'urgence :**

Autorise la personne responsable à faire pratiquer sur l'enfant toute intervention chirurgicale nécessaire en cas d'extrême urgence, à faire hospitaliser et opérer l'enfant sous anesthésie.

Fait à ....., le .....,

Signature

### **Autorisation aux activités proposées :**

Autorise l'enfant à participer aux activités prévues.  
Prend connaissance d'une mise à disposition du projet pédagogique et des modalités d'organisation par le responsable.

Fait à ....., le .....,

Signature

Nous vous invitons à vous renseigner sur les modalités de votre assurance en ce qui concerne la garantie d'assistance, les dommages aux biens, l'indemnisation des dommages corporels.

N° Sécurité Sociale :.....

Mutuelle (Nom, adresse et numéro de contrat) :.....

.....

*Joindre une photocopie de l'attestation de la carte vitale et une attestation d'assurance extra-scolaire.*

### **Transports :**

Pour les déplacements des enfants sur les sites d'activité, un co-voiturage peut-être nécessaire pour les emmener.

Nous demandons un accompagnement des enfants en voiture, en fonction de la disponibilité de chacun.

La Mairie de Cellule et les parents accompagnateurs se dégagent de toutes responsabilités en cas de problèmes ou d'accidents vis-à-vis des enfants transportés.

Madame, Monsieur.....

Adresse.....

Reconnaissent avoir pris connaissance de cette décharge.

Faire précéder la signature et la date de la mention « lu et approuvé ».

---

**Covoiturage  
(tickets sport)**

Nous sommes à la recherche de parents volontaires pour participer au transport des enfants de Cellule vers les lieux d'activité.

Merci de contacter Mathieu Bouquet au 06.20.75.13.12 pour plus de renseignements.

---

**Droit à l'image**

*Conformément à l'article 43 de la loi « Informatique et Libertés » relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (par rapport aux photos prises durant les activités et visibles sur le site Internet de la mairie).*

---

**Liste des pièces à  
joindre  
obligatoirement au  
dossier**

- Ordonnance médicale si traitement
- Photocopie du carnet de vaccination
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale
- Attestation d'assurance extra-scolaire.
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive et à la vie en collectivité.