



FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025

IDENTITE ENFANT

Nom :

Prénom :

Sexe :

Naissance :

Lieu de naissance :

Tel :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

RESPONSABLE LEGAL

Responsable 1

Responsable 2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Employeur et adresse :

Employeur et adresse :

Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)

Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)

Date de naissance :

Date de naissance :

Type : Père / Mère / Autre (Précisez)

Type : Père / Mère / Autre (Précisez)

Adresse :

Adresse :

Email :

Email :

Tél fixe :

Tél fixe :

Portable :

Portable :

Tél. Pro. :

Tél. Pro. :

N° Allocataire CAF ou MSA :

N° Allocataire CAF ou MSA :

PERSONNES A CONTACTER
(autres que les responsables légaux nommés ci- dessus)

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
Autorisation de prises de photos pour utilisation sur document interne à la CDC ABC :	oui / non
Autorisation de transport (minibus CDC ABC ou compagnie de transport) pour se rendre aux activités extérieures :	oui / non
Bénéficiaire AEEH :	NON / OUI
Autorisation de publier les photos sur le site internet et les réseaux sociaux de la CDC ABC et de les utiliser pour les documents internes :	oui / non
Autorisation de prises de vues pour et par la presse (journaux) :	oui / non

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

Accueil Châteauneuf/Cher

- Périscolaire

Accueil Levet

- Périscolaire
 Mercredis (*panier repas à prévoir*)
 Vacances scolaires (*cantine*)

Accueil Lignières

- Périscolaire
 Vacances scolaires (*panier repas à prévoir*)

Accueil Uzay le Venon

- Périscolaire

Accueil Vallenay

- Périscolaire

Accueil Venesmes

- Périscolaire
 Mercredis (*panier repas à prévoir*)
 Vacances scolaires (*panier repas à prévoir*)

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Attestation assurance responsabilité civile 2024-2025 (valide jusqu'au : 31/08/2025)
- Justificatif des vaccinations
- Justificatif quotient familial CAF ou MSA

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure (consultable sur le site internet

<https://www.comcomabc.fr/accueil/enfance-jeunesse/>)

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement