

Fiche d'inscription et sanitaire



2023-2024 enfant de 3 à 5 ans



FAMILLE

Situation familiale : nombre d'enfants:

Affiliation: CAF MSA SNCF

Numéro d'allocataire CAF/ MSA Quotient familial

J'autorise l'Association Quartier Nord à m'envoyer les factures, les brochures, ou les informations par mail à l'adresse:@.....

Père

NOM..... Prénom.....
Adresse..... CP.....
Ville: Profession.....
N° tél:



Mère

NOM..... Prénom.....
Adresse..... CP.....
Ville:..... Profession.....
N° de tél:



En cas de divorce ou de séparation l'enfant vit chez :
le père / la mère

Enfant

Nom prénom.....
Date de naissance..... école fréquentée.....classe:

N° de sécurité sociale ou l'enfant est assuré :

/

Cotisation assurance vaccins jugement

Personnes MAJEURES (autres que les parents) à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à chercher l'enfant



Nom et prénom	Lien de parenté	téléphone

Renseignements médicaux

Allergie

Est-ce que votre enfant présente une allergie alimentaire? Médicamenteuse? Asthme?
.....

Autres recommandations des parents (sans porc, intolérance alimentaire...)?
.....

Nom du médecin traitant.....
N de téléphone.....



Autorisation

En cas d'urgence à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de sante de mes enfants.
Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre de loisirs : en voiture individuelle (par les responsables de l'association ou par d'autres familles), par des moyens de transports collectifs (cars, bus, trains...) O

J'ai pris connaissance du règlement de la structure
Je m'engage à payer l'intégralité des frais engagés
Je certifie exacte tous les renseignements portés à cette fiche

Date :..... Signature.....