



# SERVICE JEUNESSE DE NÉRIS-LES-BAINS

## Fiche de renseignements

### L'enfant fréquente :

- L'accueil de loisirs matin et /ou soir.
- La restauration
- Les transports scolaires.

### L'ENFANT :

NOM : .....PRENOM : ..... SEXE : .....  
Né (e) le : ..... AGE : .....  
Adresse : .....  
Commune : .....

### LE(S) RESPONSABLE (S)

NOM : .....  
Prénom : ..... Qualité : PÈRE / MÈRE / TUTEUR (1)  
Adresse : .....  
Commune : .....  
Téléphone : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Téléphone : .....  
Mail : .....@.....fr

NOM : .....  
Prénom : ..... Qualité : PÈRE / MÈRE / TUTEUR (1)  
Adresse : .....  
Commune : .....  
Téléphone : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Téléphone : .....  
Mail : .....@.....fr

### CONTACT D'URGENCE (si différent ci-dessus)

Mme, M. : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

Médecin de famille : .....  
Hôpital ou clinique : .....

### **Assurance**

N° Assurance scolaire : .....  
Autre : .....

**Assurance :**

Nom : .....

N° de contrat : .....

**N° de Sécurité sociale :** .....

**Mutuelle :**

Nom : .....

N° de contrat : .....

**N° CAF :** .....

Il est obligatoire de fournir ce numéro ou l’avis d’imposition du foyer de l’enfant pour le calcul des tarifs de l’accueil. Sans ces renseignements, le tarif maximum sera appliqué.

**Carnet de santé :**

-Vaccinations à jour. (joindre photocopie du carnet de santé)

- Allergies : .....

- Contre-indications : .....

- Renseignements divers : .....

.....

.....

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e) ....., responsable de l’enfant inscrit sur la présente fiche :

- Autorise le responsable à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d’urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.

- Noms des personnes auxquelles l’enfant peut être remis :

Nom : ..... Tel : .....

Nom : ..... Tel : .....

Nom : ..... Tel : .....

Autorise la prise de photographie : OUI / NON

A NÉRIS-LES-BAINS, le .....

Signature des parents,

**A JOINDRE AVEC LA FICHE D’INSCRIPTION :**

- **Photocopie des vaccins.**
- **Attestation d’assurance.**
- **Avis d’imposition 2017 sur revenus 2016 (si pas de numéro CAF) pour les nouveaux inscrits.**
- **Avis d’imposition 2018 sur revenus 2017 (si pas de numéro CAF) pour tous.**