2018-2019

Dossier d'inscription

ÉVREUX PORTES DE NORMANDIE

Évreux Portes de Normandie
Service enfance / Jeunesse

Mon enfant

Nom & Prénom de l'enfant : .....
Sexe M ☐ F ☐
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|
Numéro de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
Régime général (CAF) ☐ autre (MSA, ...) : .....
Numéro d'allocataire : |_|_|_|_|_|_|_|
École fréquentée : .....
Classe fréquentée : .....

Mes coordonnées (responsable légal)

Nom & Prénom : .....
Situation de famille : .....
Nombre d'enfant(s) à charge : |_|_|
N° : |_|_|_| Rue : .....
Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville : .....
Téléphone fixe: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Téléphone Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse courriel : .....@.....(obligatoire pour le paiement en ligne)
Profession : .....
Nom et Prénom du/de la conjoint-e : .....
Téléphone Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Profession : .....

Urgences

Nom du médecin traitant : .....
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Hôpital souhaité en cas d'urgence : .....
Groupe sanguin : |_|_|_|
Allergies : ..... / ..... / .....
Régime végétarien : oui ☐ non ☐
Régime sans porc : oui ☐ non ☐
Votre enfant est-il hémophile : oui ☐ non ☐
Suit-il / elle un traitement médical ? oui ☐ non ☐ (Si oui, joindre obligatoirement un certificat médical)

☐ Asthme ☐ Crises de convulsion ☐ Crises d'épilepsie ☐ Problèmes de déglutition
☐ Lunettes ☐ Prothèse auditive ☐ Prothèse dentaire
☐ Régime alimentaire (Si oui, joindre obligatoirement un certificat médical)
Autre : .....

Nom de la mutuelle : ..... N° du contrat : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de l'assurance responsabilité civile familiale : ..... N° du contrat : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Je certifie sur l'honneur que mon enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Autorisations

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom / prénom : ..... Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prévenir en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non

Nom / prénom : ..... Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prévenir en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non

Nom / prénom : ..... Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prévenir en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non

☐ J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, y compris hospitalisation.
☐ Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après les heures d'ouverture et de fermeture de l'accueil de loisirs.
☐ Mon enfant rentre seul après la fermeture de la structure
☐ Je refuse aux organisateurs le droit de prendre des photographies - droit à l'image.
☐ J'autorise mon enfant à participer aux sorties et camps (sous reserve d'inscription)
☐ J'autorise mon enfant à voyager en transports collectifs
☐ J'autorise mon enfant à se baigner.
☐ J'autorise Évreux Portes de Normandie à m'envoyer par courriel les informations relatives à ses activités et à toutes informations du service enfance/jeunesse

☐ Je déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement relatif au fonctionnement de la structure. (règlement à consulter sur www.evreuxportesdenormandie.fr ou dans votre accueil de loisirs).

Date :

Signature :
(précédée de la mention «lu et approuvé)

Liste des documents à fournir :
- ☐ copie avis d'imposition 2017 (pour tout nouveau dossier)
- ☐ copie avis d'imposition 2018
- ☐ photo de votre (vos) enfant(s)
- ☐ attestation d'assurance responsabilité civile
- ☐ justificatif de domicile
- ☐ Projet d'Accueil Individualisé (PAI), si existant