



FICHE D'INSCRIPTION 2021 (2022)

I. N. A. E

**Imaginons un Nouvel
Accueil pour l'Enfant**

30, chemin de Puy Mery
87110 LE VIGEN
alsh.puymery@gmail.com

Les documents à joindre : ☐ Copies des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant

☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile (au nom de l'enfant)

☐ Avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019

ENFANT	☐ Garçon	☐ Fille
Nom : Prénom :		
Adresse :		
Né(e) le :		
Ecole fréquentée :		
Responsable légal 1 de l'enfant : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre, précisez :		
Nom : Prénom :		
Adresse du domicile :		
Commune :		
Tél fixe Tél Portable :		
Tel Professionnel : Mail :		
Profession :		
Responsable légal 2 de l'enfant : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre, précisez :		
Nom : Prénom :		
Adresse du domicile :		
Commune :		
Tél fixe Tél Portable :		
Tel Professionnel : Mail :		
Profession :		

En cas de divorce ou de séparation, merci d'indiquer qui a la garde de(s) l'enfant(s) et de fournir la copie du jugement. Responsable de la garde :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (en dehors des responsables légaux)		
Nom & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

Une carte d'identité leur sera demandée. Si une autre personne en dehors de cette liste vient chercher l'enfant, merci de nous prévenir par mail ou téléphone

En cas d'urgence prévenir (si le responsable légal de l'enfant n'est pas joignable)		
Nom & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ou un **PAI** est-il en place (Projet d'Accueil Individualisé)?

☐ Oui

☐ Non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

☐Rougeole ☐Oreillons ☐Rubéoles ☐Varicelle ☐Coqueluche
☐Scarlatine ☐Otite ☐Rhumatisme articulaire aigu

☐Autres, précisez :

L'enfant a-t-il des allergies ?

☐Asthme ☐Alimentaires ☐Médicamenteuses

☐Autre :

➤ Précisez la cause et la conduite à tenir.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier (sans viande, sans porc...)

☐Oui ☐Non

Si oui, précisez :

L'enfant porte-t-il des : ☐Lunettes ☐Différents appareils (auditifs, dentaires ...)

☐Autre, précisez :

➤ Indiquez ci-après

- Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les recommandations à prendre :
- Toute autre recommandation que vous souhaiteriez porter à notre connaissance concernant la santé de votre enfant :

DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT (cocher selon vos souhaits)

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant

☐ Autorise mon enfant à rentrer seul depuis l'accueil d'INAE

☐ Autorise INAE à utiliser les photos/vidéos de mon enfant quel que soit le média (affiche pour INAE, publication dans la presse locale, site internet)

☐ Autorise le transport de mon enfant (autocar) et à le faire participer aux sorties extérieures

☐ Autorise si besoin le personnel d'INAE à administrer le traitement médical pour mon enfant, ceci à la vue et en possession de l'ordonnance prescrite par un médecin

☐ Autorise le responsable de l'accueil d'INAE à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant,

☐ M'engage à régler le prix correspondant à la période d'inscription sachant que les réservations des mercredis ou des jours de vacances ne sont possibles que la veille avant 9h. A défaut, elles seront facturées

☐ M'engage à informer par écrit INAE de toutes modifications pouvant intervenir en cours d'année

☐ Déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature de l'adulte responsable de l'enfant