Service Jeunesse

Accueil de loisirs Restaurant scolaire Garderie Mercredi Secteur Jeunes

Commune de Villefranche sur Cher

Fiche d'inscription 2024/2025

alsh.villefranchesurcher@orange.fr

Joindre à cette fiche d'inscription :
- photocopie des vaccins ☐
- attestation d'assurance extrascolaire ☐

L'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe : Masculin : ☐ Féminin : ☐

Ecole : ..... Classe : .....

Fréquentation

Mercredi ☐ Garderie ☐ Vacances ☐ Restaurant scolaire ☐ Secteur jeunes (11-17 ans) ☐

Responsables de l'enfant

Père ☐ Mère ☐ Responsable légal ☐

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP et ville : .....

Personnel

☎ .....

📱 .....

@ .....

Professionnel

Profession : .....

Lieu : .....

📱 .....

Père ☐ Mère ☐ Responsable légal ☐

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP et ville : .....

Personnel

☎ .....

📱 .....

@ .....

Professionnel

Profession : .....

Lieu : .....

📱 .....

Situation familiale : .....

En cas de divorce, indiquer le tuteur légal (avec justificatif) : .....

Régime (Général, MSA, ...) : .....

N° d'allocataire CAF (autorisant et permettant la vérification de votre quotient) : .....

Si non renseigné, tarif 3 appliqué

Autorisations

Réservé au Secteur jeunes
Est-il autorisé à rentrer seul ?
Oui ☐ Non ☐

Personnes autorisées à reprendre l'enfant (une pièce d'identité sera demandée)

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... 📱 .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... 📱 .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... 📱 .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... 📱 .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... 📱 .....

L'enfant peut-il être pris en photos ou en vidéos ? Oui ☐ Non ☐

Peut-on les diffuser sur le journal et les réseaux sociaux de la mairie (sans floutage) ? Oui ☐ Non ☐

Service Jeunesse

Commune de Villefranche sur Cher

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant : .....

.....

Vaccination Fournir les photocopies du carnet de santé

Réservé au Secteur jeunes
Est-elle réglée ?
Oui ☐ Non ☐

Allergies

Asthme : Oui ☐ Non ☐ Autres : Oui ☐ Non ☐

Alimentaire : Oui ☐ Non ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

.....

.....

Difficultés de santé

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie,accidents, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

.....

.....

Peurs / Appréhensions / Régimes alimentaires

Votre enfant a t-il des peurs, des appréhensions et/ou un régime alimentaire particulier que vous souhaiteriez communiquer à l'équipe?

.....

.....

Port de lunettes, de prothèses auditives, dentaires ou autres

Votre enfant porte-il : Des lunettes : Oui ☐ Non ☐

Des prothèses auditives : Oui ☐ Non ☐

Des prothèses dentaires : Oui ☐ Non ☐

Autres : .....

Je soussigné(e) .....

Responsable de l'enfant .....

déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service jeunesse à prendre, le cas échéant toutes mesures (hospitalisation....) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, conjointement tout sera mis en oeuvre pour prévenir les parents rapidement.

Date: Signatures des responsables: