

Ville de Delle
Place François Mitterrand - 90100 DELLE

Tel: 03.84.36.66.68
Email: enfance@delle.fr

ENFANT

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Ecole	<input type="text"/>	Classe 2026-2027	<input type="text"/>
Nom de l'enseignant(e)	<input type="text"/>		

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable légal 1	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>
Nom	<input type="text"/>		Nom	<input type="text"/>	
Prénom	<input type="text"/>		Prénom	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>		Adresse	<input type="text"/>	
Code postal	<input type="text"/>		Code postal	<input type="text"/>	
Ville	<input type="text"/>		Ville	<input type="text"/>	
Email	<input type="text"/>		Email	<input type="text"/>	
Téléphone personnel	<input type="text"/>		Téléphone personnel	<input type="text"/>	
Mobile personnel	<input type="text"/>		Mobile personnel	<input type="text"/>	
Téléphone professionnel	<input type="text"/>		Téléphone professionnel	<input type="text"/>	
Mobile professionnel	<input type="text"/>		Mobile professionnel	<input type="text"/>	
N° Sécurité Sociale	<input type="text"/>		N° Sécurité Sociale	<input type="text"/>	
Nom et Adresse de l'Organisme versant les prestations familiales	<input type="text"/>		Nom et Adresse de l'Organisme versant les prestations familiales	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
N° Allocataire (obligatoire)	<input type="text"/>		N° Allocataire (obligatoire)	<input type="text"/>	
Nombre d'enfants à charge	<input type="text"/>		Nombre d'enfants à charge	<input type="text"/>	
Profession	<input type="text"/>		Profession	<input type="text"/>	
Nom et Adresse de l'employeur	<input type="text"/>		Nom et Adresse de l'employeur	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	

MÉDECIN TRAITANT

Nom Prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone

ASSURANCE

Compagnie N° de police

VACCINS

Joindre la copie du carnet de vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

MALADIES CONTRACTÉES

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Otite	Rougeole	Oreillons	Autre	Autre
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ALLERGIES ALIMENTAIRES ET AUTRES INFORMATIONS

Allergies alimentaires Oui Non

L'enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? Oui Non Si oui joindre la copie

Autre(s) Allergie(s) Oui Non

L'enfant mange-t-il du porc ? Oui Non L'enfant mange-t-il de la viande ? Oui Non

Traitement médical Oui Non Si oui lequel

Si traitement médical joindre l'ordonnance du médecin (obligatoire)

Autres problèmes de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, lentilles, lunettes, prothèses...)

L'enfant est-il à besoin particulier ? (DYS, handicap, TDA(H), TSA / notification MDPH...) Oui Non

DROIT AUX LIBERTÉS

J'autorise la prise de photos et vidéos de mon enfant à des fins de diffusions Oui Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir du CP) Oui Non

CONTACTS DE LA FAMILLE **Par ordre de priorité à contacter** (autres que les responsables légaux).

Contact 1

Nom Prénom
Téléphone Mobile
Adresse
Code postal Ville
Lien avec l'enfant
J'autorise mon enfant à quitter les lieux d'animations avec cette personne Oui Non

Contact 2

Nom Prénom
Téléphone Mobile
Adresse
Code postal Ville
Lien avec l'enfant
J'autorise mon enfant à quitter les lieux d'animations avec cette personne Oui Non

Contact 3

Nom Prénom
Téléphone Mobile
Adresse
Code postal Ville
Lien avec l'enfant
J'autorise mon enfant à quitter les lieux d'animations avec cette personne Oui Non

Contact 4

Nom Prénom
Téléphone Mobile
Adresse
Code postal Ville
Lien avec l'enfant
J'autorise mon enfant à quitter les lieux d'animations avec cette personne Oui Non

INSCRIPTIONS SUR LES DIFFERENTS ACCUEILS

<i>Cocher les cases où votre enfant sera présent</i>	ACCUEIL DU MATIN à partir de 7h30	RESTAURATION	ACCUEIL DU SOIR jusqu'à 18h30	ETUDES	Inscription à l'année	
					OUI	NON
LUNDI						
MARDI						
JEUDI						
VENDREDI						

<i>Cocher les cases où votre enfant sera présent</i>	ACCUEIL DU MATIN à partir de 7h45	MATIN 8h30 à 12h	RESTAURATION	APRES-MIDI 13h30 à 17h	ACCUEIL DU SOIR jusqu'à 17h45	Inscription à l'année	
						OUI	NON
MERCREDI							

Remarques :

En cas de modification ou d'annulation des inscriptions, merci de prévenir au plus tard le jour même avant 9h30, pour le mercredi avant la veille 9h30. Pour toute absence non signalée une facturation sera automatiquement effectuée.

Je soussigné(e)

Responsable légal (e) de l'enfant

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce document,
- Autorise le responsable des accueils périscolaires à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs à rembourser le montant des frais médicaux,
- Autorise mon enfant à participer aux activités dans le cadre des différents temps d'accueils,
- Autorise la ville de Delle à transporter mon ou mes enfants dans les activités nécessitant un déplacement. Ce dernier peut être organisé aux moyens d'un bus, d'un mini bus, à pied ou de manière exceptionnelle au moyen d'une voiture de service de la commune,
- Autorise la ville de Delle à consulter mon quotient familial CAF pour définir le tarif qui sera appliqué.

Fait à Delle le,

Signature du responsable légal (e)