**Enfant:**

Nom : …………………………………..

Prénom : ………………………………..

Âge lors de l’inscription : …………………………………..

Date de naissance : ……./……./…….

Lieu de naissance : ……………………

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Nationalité : …………………………….

Services souhaités pour votre enfant :

☐**Club du mercredi** (dans la limite des places disponibles) le mercredi de 10h à 12h

☐**Club vacances** (dans la limite des places disponibles) - (spécifier les dates) : ………………………………… ……………………………………..........

**Responsables légaux :**

**Responsable n°1 :**

Nom :……………………………………..

Prénom : ………………………………..

Adresse : ………………………………… …………………………………….......... ………………………………………………

Tél (fixe, portable, professionnel) : ………………………………………………

E-mail : ……………………………………

**Responsable n°2 :**

Nom :……………………………………..

Prénom : ………………………………..

Adresse : ………………………………… …………………………………….......... ………………………………………………

Tél (fixe, portable, professionnel) : ………………………………………………

E-mail : ……………………………………

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L’ENFANT**

Personnes (autres que responsables légaux)

Nom :……………………………………..

Prénom : ………………………………..

Adresse : ………………………………… …………………………………….......... ………………………………………………

Tél (fixe, portable, professionnel) : ………………………………………………

E-mail : ……………………………………

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Médecin de famille (nom, adresse et téléphone) : ……………………………. …………………………………………………….............................................

L’enfant dispose d’un protocole d’accueil individualisé (P.A.I) :

Allergie alimentaire ☐ Non ☐ Oui (préciser) :…………………………………………

Régime alimentaire spécial ☐ Non ☐ Oui (préciser) : ………………………………………..

Autres allergies ☐ Non ☐ Oui (préciser) : ………………………………………..

Traitement en cours ☐ Non ☐ Oui (préciser) : ………………………………………..

**(Aucun médicament ne pourra être délivré par le personnel)**

Remarques éventuelles ……………………………………………………………………………………….

(Port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc. et les précautions à prendre)

**DROIT A L’IMAGE**

☐ J’autorise

☐ Je n’autorise pas

Les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités de l’éco-school.

**AUTORISATION EN CAS D’URGENCE**

Je soussigné(e) …………………………………………... (père, mère ou tuteur) autorise à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer toute intervention d’urgence.

En cas d’accident, mon enfant sera transporté à l’hôpital de secteur par les services de secours.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m’engage à vous signaler par lettre manuscrite tout changement.

Lu et approuvé à : ………………………

Le ……/………/………..

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur