

**Fiche d'Inscription**  
**uniquement pour la première fréquentation du centre**

Enfant

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin  Féminin   
Nationalité : \_\_\_\_\_

Famille

M. et Mme

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
Situation Familiale : Marié(e)   
Divorcé(e)   
Vie maritale   
Séparé(e)   
Veuf (veuve)   
Pacsé(e)   
Célibataire   
Régime : \_\_\_\_\_  
Assurance : \_\_\_\_\_  
N° de police : \_\_\_\_\_  
Nombre Total d'Enfants : \_\_\_\_\_

Fiche Père :

Nom Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Né le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_  
Mobile : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
N° Allocataire : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Société : \_\_\_\_\_  
Tel. Professionnel : \_\_\_\_\_  
Autorité Parentale : **Oui Non**

Fiche Mère :

Nom Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresses : \_\_\_\_\_  
Née le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_  
Mobile : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
N° Allocataire : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Société : \_\_\_\_\_  
Tel. Professionnel : \_\_\_\_\_  
Autorité Parentale : **Oui Non**

AUTORISATIONS

AUTORISATION CONSULTATION CDAP (QUOTIENT FAMILIAL)	oui non
AUTORISATION HOSPITALISATION / URGENCE	oui non
AUTORISATION DE BAINNADE	oui non
AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER / DIFFUSER : (PRESSE / RESEAUX SOCIAUX / BULLETIN MUNICIPAL)	oui non
AUTORISATION DE PARTICIPER AUX ATELIERS CUISINE	oui non
AUTORISATION DE GOUTER AUX ATELIERS CUISINE	oui non
AUTORISATION DE MAQUILLAGE	oui non
AUTORISATION DE PARTICIPER AUX ATELIERS	oui non
AUTORISATION DE RENTRER SEUL(E)	oui non
AUTORISATION DE SORTIE POUR LES ACTIVITES	oui non
AUTORISATION DE TRANSPORT	oui non
AUTORISATION DE DELIVRER DES MEDICAMENTS SUR ORDONNANCE	oui non

Date :

Signature :