



FICHE D'INSCRIPTION ACTIVITES PERISCOLAIRES  
ANNEE SCOLAIRE: 2024-25

ENFANT

NOM de famille : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ..... / ..... / ..... Age : ..... Sexe :  Féminin  Masculin  
Ecole : ..... Classe : .....  
 Enfant unique  Frères et sœurs  
Prénom(s) : .....  
Âge(s) : .....

FORMULE CHOISIE (COCHEZ LA CASE SVP)

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Samedi   
Mercredi Matin  Mercredi Matin + Lunch  Mercredi Après-Midi  Mercredi Après-Midi + Lunch  Mercredi FULL DAY   
 Ramassage Minibus (Sauf samedi) - Nous consulter (participation 5 €/trajet – 10 € AR voir tarifs)  
NB : réduction de 10% sur 2<sup>ème</sup> enfant et de 15% sur 3<sup>ème</sup> enfant.

RESPONSABLES LEGAUX

**MERE** NOM de famille : ..... Autorité parentale OUI  NON   
Prénom : ..... Courriel .....@.....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Profession : .....  
Portable ..... Tel Professionnel .....

**PERE** NOM de famille : ..... Autorité parentale OUI  NON   
Prénom : ..... Courriel .....@.....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Profession : .....  
Portable ..... Tel Professionnel .....

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL (Personne physique ou morale)** Autorité parentale OUI  NON   
Organisme/Nom : ..... Fonction/Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : ..... Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : ..... Portable .....

## AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS (merci de cocher les cases)

- J'autorise que mon enfant soit photographié et filmé pendant les activités et j'autorise la diffusion des photographies, vidéos et enregistrements sonores de la voix de mon enfant en mailings et sur le blog et site internet d'Enjoy English.
- J'autorise la diffusion des créations réalisées par mon enfant chez Enjoy English.
- J'autorise la baignade (activités ludiques en milieu aquatique chez Enjoy English). Je certifie que mon enfant ne présente pas de contre indication médicale ou autre pour participer à ces activités.
- J'autorise Enjoy English à récupérer et ramener mon enfant en mini bus chez Enjoy English au 845 rue des Quatre Seigneurs à Montpellier pour suivre des activités en anglais.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul (valable uniquement pour les enfants à partir de CM1).
- J'accepte de recevoir des informations par mailing/courrier/téléphone de la part d'Enjoy English.
- J'atteste que j'ai bien pris connaissance et que j'accepte le règlement intérieur d'Enjoy English ainsi que les conditions généraux de vente d'Enjoy English.

## ASSURANCE

Assurance scolaire de l'enfant : responsabilité civile OUI  NON  Individuelle, accident OUI  NON   
Compagnie d'assurance ..... Numéro de police d'assurance : .....

## PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE D'ENJOY ENGLISH

La carte d'identité sera demandée - Les enfants mineurs ne sont pas autorisés à récupérer l'enfant.

NOM : ..... Prénom : .....  A appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : .....  Autorisé à prendre l'enfant.  
Portable : .....

NOM : ..... Prénom : .....  A appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : .....  Autorisé à prendre l'enfant.  
Portable : .....

## SANTE DE L'ENFANT

Médecin de l'enfant : Dr.....Tél. ....

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations ? OUI  NON

Régime alimentaire particulier : OUI  NON  Si oui lequel : .....

Allergies : Si oui, lesquelles ? ..... CAT : .....

Nécessitant un traitement ? Si oui, lequel ? .....

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence chez Enjoy English OUI  NON

Si oui joindre obligatoirement la prescription médicale et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

J'autorise l'infirmière à donner le traitement médical prescrit par le médecin traitant OUI  NON

Mise en place d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) ? OUI  NON  Nom du médecin : Dr.....

Si oui joindre le protocole à jour et toutes les informations utiles.

Problèmes de santé connus à l'inscription : Maladie chronique  Maladie récurrentes (otites...)  Handicap

Si oui, précisez ..... avec médecin spécialiste ? OUI  NON

Médecin Spécialiste de l'enfant : Dr.....

Port de lunettes OUI  NON  Port de prothèses auditives OUI  NON

Autres recommandations : .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce document

Date :

Signature :