

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS 2025-2026

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

SEXE :

M ☐ **F** ☐

DATE DE NAISSANCE : / /

NOM DE L'ÉCOLE DE VOTRE ENFANT :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NOMBRE DE FRÈRES ET SOEURS :

FAMILLE

PARENT 1

☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR

NOM :

PRÉNOM :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉS ☐ VIE MARITALE

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

TÉLÉPHONE PORTABLE :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

EMAIL :

**JE SOUHAITE RECEVOIR LES
INFORMATIONS PAR MAIL :**

OUI

☐

**JE SOUHAITE RECEVOIR
LES FACTURES PAR MAIL :**

OUI

☐

PARENT 2

☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR

.....

.....

☐ VEUF(VE) ☐ SÉPARÉS ☐ CÉLIBATAIRE(S)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NON

☐

NON

☐

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE : COMPLÉTEZ ET COCHEZ VOS CHOIX

NOM/ PRÉNOM

TELEPHONE

EN CAS D'URGENCE

PEUT RÉCUPÉRER L'ENFANT

1

☐
☐

2

☐
☐

3

☐
☐

4

☐
☐

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

☐ **ALLOCATAIRE CAF – N° D'ALLOCATAIRE :**

☐ **ALLOCATAIRE MSA – N° D'ALLOCATAIRE :**

☐ **AUTRE RÉGIME :**

QUOTIENT FAMILIAL CAF :

(Fournir un justificatif CAF ou MSA sinon paiement plein)

FICHE SANITAIRE

– VACCINATIONS : JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES PAGES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

☐ Vaccins obligatoires : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

☐ Vaccins recommandés : Coqueluche, Haemophilus, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Hépatite B, Pneumocoque

– RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

-Suit-il un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

-L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, de précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter ? ☐ oui ☐ non

L'enfant présente-t-il des troubles de santé ou un handicap dont l'accueil de loisirs devrait avoir connaissance ?

- ALLERGIES :

- Alimentaires ☐ oui ☐ non si oui, lesquelles _ _ _ _ _
- Médicamenteuses ☐ oui ☐ non si oui, lesquelles _ _ _ _ _
- Autres (animaux, plantes, pollen, maquillage) ☐ oui ☐ non

si oui, lesquelles _ _ _ _ _

Merci de joindre le PAI si vous en avez un.

- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

- L'ACCUEIL DE LOISIRS EST ORGANISÉ PAR L'ASSOCIATION CSF. LES PARENTS UTILISATEURS DU SERVICE SONT ADHÉRENTS et bénéficient des garanties précisées sur l'attestation d'assurance en responsabilité civile OBLIGATOIRE souscrite par l'Association organisatrice.

Date de l'adhésion (réservée à l'ALSH) : ___/___/_____

Nous soussignés _ _ _ _ _ parents et tuteurs de l'enfant _ _ _ _ _

- ☐ déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche
- ☐ reconnaissons également avoir été informés de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles participent notre enfant (Assurance Individuelle Accident)
- ☐ reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

A _ _ _ _ _

le ___/___/_____

Signature des parents ou tuteurs :

FICHE DES AUTORISATIONS ACCUEIL DE LOISIRS BILLE PARCE COMBOURTILLE 2025-2026

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

JE SOUSSIGNÉ (NOM, PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL)

➤ RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

- ☐ Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et nous nous engageons à le respecter.
- ☐ Reconnais avoir été informés du contenu du projet éducatif de l'association et du contenu du projet pédagogique élaboré par la directrice de l'accueil de loisirs et de son équipe.
- ☐ Reconnais également avoir été informés de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels (Assurance Individuelle Accident).
- ☐ Autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à présenter notre enfant à un médecin, de préférence le médecin de la famille et à faire le nécessaire en cas de soins à donner d'urgence et si besoin sous anesthésie (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

➤ QUOTIENT FAMILIAL VOTRE TARIF À L'ACCUEIL DE LOISIRS EST FIXÉ EN FONCTION DE VOTRE QUOTIENT FAMILIAL :

- ☐ Autorise le centre à consulter mon QF via le site de CAFPRO, N°.....
- ☐ N'autorise pas le centre à consulter mon QF, ou étant allocataire MSA : je joins mon attestation de QF. Dans le cas contraire, le tarif le plus élevé sera appliqué.

➤ TRANSPORTS

- ☐ Autorise le transport de mon enfant pour les activités extérieures au centre en voiture individuelle (personnel de l'association ou les parents bénévoles) ou en transport collectif (car, bus, ...).
- ☐ Autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil de loisirs.

➤ ACTIVITÉS

- ☐ Autorise mon enfant à effectuer l'ensemble des activités prévues à l'accueil de loisirs.

➤ DROITS D'IMAGES

- ☐ Autorise mon enfant à être photographié ou filmé par l'équipe d'animation dans le cadre des activités à l'accueil de loisirs pour :
 - ☐ Une diffusion à des fins informationnelles (articles de presse, bulletins municipaux, affichage au centre, site internet...)
 - ☐ Un partage pour les familles du centre
- ☐ N'autorise pas mon enfant à être photographié ou filmé par l'équipe d'animation
- ☐ M'engage à ne pas diffuser les photos, vidéos transmises par LE CENTRE autre que dans un cadre familial.

Date :

Signature :