

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

IDENTITÉ DE L'ENFANT	
NOM :	École :
Prénom :	Classe :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Assurance responsabilité civile (assureur + n° de contrat) :	

Date du 1 ^{er} jour de fréquentation de l'école (en cas de rentrée en cours d'année) :/...../.....

Pièces à joindre au dossier :

- Certificat d'assurance scolaire
- Copie du carnet de santé pages vaccinations
- Copie du livret de famille
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA

FICHE FAMILLE

RESPONSABLES LÉGAUX	
Responsable 1 (Père / Mère / Tuteur)	Responsable 2 (Père / Mère / Tuteur)
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (précisez)	Type : Père / Mère / Autre (précisez)
Situation familiale : Marié / Séparé / Autre (précisez)	Situation familiale : Marié / Séparé / Autre (précisez)
Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :
Port :	Port :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Tél pro :	Tél pro :
Employeur :	Employeur :
Adresse :	Adresse :
Information par mail : OUI / NON	Information par mail : OUI / NON

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES		
Partir seul : Nous souhaitons que notre enfant quitte la structure seul ou accompagné d'un mineur.	OUI	NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI	NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI	NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI	NON
Lunettes : Votre enfant a t'il besoin de porter des lunettes ?	OUI	NON
Appareil dentaire : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI	NON
Appareil auditif : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI	NON
Autorisé à partir seul après la garderie périscolaire :		
Autorisé à partir seul après le CLSH :		
Autorisé à partir seul après l'animation jeunesse		
PERSONNES À CONTACTER		
CONTACT N° 1	CONTACT N° 2	
NOM :	NOM :	
Prénom :	Prénom :	
Lien de parenté :	Lien de parenté :	
Tél:	Tél:	
Port :	Port :	
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON	
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	
CONTACT N° 3	CONTACT N° 4	
NOM :	NOM :	
Prénom :	Prénom :	
Lien de parenté :	Lien de parenté :	
Tél:	Tél:	
Port :	Port :	
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON	
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	

Attestations :

Nous, soussignés :

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Date :/...../.....

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

NOM DU MINEUR :
 PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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.

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :