



Identité de l’enfant

Nom :Prénom :
 Adresse complète :

 Fille / Garçon - Né(e) le
 Ecole :Classe :
 N° de Sécurité Sociale
 Nom de la mutuelle :
 N° de mutuelle :
 Régime général et fonctionnaire Régime Agricole
 N° d’allocataire CAF ou MSA :

Identité responsable légal

| | Responsable légal 1 | Responsable légal 2 |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|
| Nom & Prénom | | |
| Tel. domicile | | |
| Tel. portable | | |
| Tel. professionnel | | |
| E-mail *pour envoi des factures | | |

Garde alternée

Personne à prévenir en cas d’urgence – si différent des parents

| Nom & Prénom | Adresse | Téléphone | Lien avec l’enfant |
|--------------|---------|-----------|--------------------|
| | | | |
| | | | |

Tiers autorisé à prendre en charge l’enfant

| Nom & Prénom | Adresse | Téléphone | Lien avec l’enfant |
|--------------|---------|-----------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Présentation pièce d’identité, obligatoire, le parent doit en informer les tiers autorisés.

Droit à l’image :

Autorise la publication au sein de l’accueil : ateliers, activités photos/vidéos Oui Non
 Autorise la publication extérieure : site internet, presse, Facebook Oui Non

Autorisation baignade :

Autorise mon enfant à se baigner en piscine, à la mer (sorties exceptionnelles) Oui Non
 Mon enfant sait nager Oui Non

Autorisation de sortie

AUTORISE mon enfant de plus de 8 ans à quitter seul les locaux de l’accueil de loisirs à partir de.....h
 AUTORISE mon fils/fille âgé deà récupérer son frère/sœur à l’accueil de loisirs

Pièces nécessaires pour constituer un dossier complet

- 1 Photo (indiquer nom/prénom au dos, ne pas coller)
- Dossier d’inscription complété
- Copie du Carnet des vaccinations
- Attestation CAF ou MSA avec Quotient Familial à jour
- Attestation d’assurance
- Justificatif de domicile
- RIB si vous souhaitez que vos factures vous soient prélevées

Documents complémentaires demandés par le directeur lors de l’inscription

- PAI à jour et médication éventuelle de l’enfant
- Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)

Tout dossier d’inscription incomplet ne sera pas traité.

Fait à : _____ Le : _____ Signature responsable légal : _____

Dans le cadre de l’application du Règlement Général de Protection des Données, dit «RGPD», est porté à votre connaissance que la collecte de vos données personnelles est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. Le service s’interdit d’utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. Vous avez le droit d’accès et le droit de rectification des données transmises en contactant la direction de l’accueil de loisirs.

CADRE RESERVÉ
 Date de remise du dossier d’inscription : _____
 Dossier complet : Oui Non
 Mandat de prélèvement : Oui Non



Identité de l’enfant

Nom : Prénom :
 Médecin traitant

VACCINATIONS (Joindre la copie du carnet de santé ou certificats de vaccination de l’enfant).

| VACCINS | Préciser la date | VACCINS | Préciser la date |
|---|------------------|--|------------------|
| DTP : Anti-diphtérique Anti-tétanique Anti-poliomyélitique | | Contre les infections invasives à pneumocoque* | |
| | | Contre le méningocoque de séro groupe C* | |
| | | ROR : rougeole, oreillons, rubéole* | |
| Coqueluche* | | Hépatite B* | |
| Haemophilus influenzae de type b* | | Anti-amarile (Guyane seulement) | |

* Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L’ENFANT

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| COQUELUCHE | OTTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

L’enfant reçoit-il un traitement médical **REGULIER** pendant la durée de son accueil ? 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).

OBSERVATIONS MÉDICALES UTILES PENDANT LA DURÉE DE L’ACCUEIL/SEJOUR DE L’ENFANT

Allergie alimentaire Oui Non **Mise en place d’un PAI** Oui* Non
 Préciser (allergènes, date de la dernière réaction) :

Allergie médicamenteuse Oui Non **Mise en place d’un PAI** Oui* Non
 Préciser (allergènes, date de la dernière réaction) :

Allergie à un animal Oui Non **Mise en place d’un PAI** Oui* Non
 Préciser (allergènes, date de la dernière réaction) :

Asthme Oui Non **Mise en place d’un PAI** Oui* Non
 La dernière réaction connue ayant eu lieu le :

*Joindre le PAI (Protocole Accueil Individualisé) à jour, joint de la médication éventuelle de l’enfant, visé du médecin traitant.

RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX

L’enfant est-il reconnu en situation de handicap ? Oui* Non
 * Joindre Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)

L’enfant dispose des effets personnels suivants :

| LUNETTES | LENTILLES | PROTHESES AUDITIVES | APPAREIL DENTAIRE | SEMELLE ORTHOPEDIQUE |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

.....

Indiquer si l’enfant est dans la situation suivante :

| Enurésie | Encoprésie | Menstruation |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

.....

Autres informations utiles :

.....

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l’enfant :

- déclare exact les renseignements portés sur la fiche d’inscription et autorise le responsable ou ses délégués à prendre, en cas d’accident, toutes décisions d’hospitalisation et intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé, pour notre enfant.
- assure avoir pris connaissance du règlement intérieur de l’accueil de loisirs ci-joint et s’engage à le respecter.

| | | |
|---|------|-------------------------------|
| Fait à : | Le : | Signature responsable légal : |
| Dans le cadre de l’application du Règlement Général de Protection des Données, dit «RGPD», est porté à votre connaissance que la collecte de vos données personnelles est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. Le service s’interdit d’utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. Vous avez le droit d’accès et le droit de rectification des données transmises en contactant la direction de l’accueil de loisirs. | | |