



ACCUEIL DE LOISIRS

Fiche d'inscription et de renseignements

PUYRICARD COUTERON

AVRIL 2025

REFERENCE DE L'ENFANT (à partir de Sept 2025) Ecole _____ Classe _____

NOM PRENOM.....

Date de naissance Age

| REFERENCE DES PARENTS | RESPONSEBLE 1 | RESPONSABLE 2 |
|--|---|---|
| RESPONSABLES LEGAUX | <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR | <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR |
| NOM | | |
| PRENOM | | |
| ADRESSE CP - VILLE | | |
| SITUATION DES PARENTS | <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé(e) / séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf | |
| N° TEL | | |
| ADRESSE MAIL | | |
| PROFESSION | | |
| EMPLOYEUR | | |
| N° de téléphone du travail OÙ N° en cas d'urgence | | |

N° C.A.F. ou M.S.A. (indispensable) : Nom de l'allocataire..... Caisse :

Assurance extra-scolaire : Nom : N° de police :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), Père, Mère, Tuteur

- Autorise mon enfant à participer aux activités, stages et sorties en car de l'Accueil de Loisirs sous la responsabilité du personnel d'encadrement : **oui non**
- Autorise : Mon enfant à rentrer seul à partir de 17 h 00 après avoir prévenu l'animateur (à partir de 10 ans) : **oui non**
- J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant :

| M ou Mme | NOM | Prénom | Lien (gds-parents, amis,) | Tél° |
|----------|-----|--------|---------------------------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Pour les personnes ayant un droit de garde exclusive, faire parvenir un document du tribunal spécifiant les personnes non habilitées à venir chercher l'enfant.

- **Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités du Centre Socio Culturel et de l'accueil de loisirs (Plaquettes d'information, site Internet du centre, presse, exposition...): **oui non****
- **Autorise le Centre Socio Culturel à consulter mes données personnelles sur le site CAFPARTENAIRE **oui non****
Si non, fournir obligatoirement la feuille d'imposition en cours

Puyricard, le
LU ET APPROUVÉ

Signature des parents :

REGLEMENT INTERIEUR et PROJET PEDAGOGIQUE

Je certifie avoir pris connaissance du projet pédagogique ainsi que du règlement intérieur de l'accueil de loisirs (petit guide) et m'engage à en respecter les modalités.

Puyricard, le
Lu et approuvé

Signature des parents :

Cette fiche permet de recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance: Sexe : Masculin Féminin

Médecin traitant : n° Téléphone :

1. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES Selon l'âge de votre enfant | Nés avant 2018 | Nés à partir de 2018 | DATE 1 ^{er} vaccin | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS |
|---|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| DTPOLIO - Diphtérique/Tétanos/Poliomyélite | X | X | | | BCG |
| Coqueluche | | X | | | Test Tuberculinique |
| Haemophilus influenza type B | | X | | | |
| Hépatite B | | X | | | |
| Pneumocoque | | X | | | |
| Méningocoque | | X | | | |
| ROR - Rougeole / Oreillons / Rubéole | | X | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | | | | |
|---------|-----------|---------|-----------|------------|--------|----------|------------|
| Rubéole | Varicelle | Angines | Oreillons | Coqueluche | Otites | Rougeole | Scarlatine |
|---------|-----------|---------|-----------|------------|--------|----------|------------|

DEMANDE de P.A.I oui non (préciser la cause de et la conduite à tenir)

ALLERGIES : ASTHME oui non - MEDICAMENTEUSES oui non - ALIMENTAIRES oui non

VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ? Oui non

Si oui lequel :

N° Dossier MDPH : (Obligation de nous transmettre la notification MDPH+ attestation CAF avec nom et prénom de l'enfant)

REGIME ALIMENTAIRE : Sans Porc Végétarien

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE DE VOTRE ENFANT ET LA CONDUITE A TENIR (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) :

| NATURES | DATES |
|---------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |



Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les Renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (Traitements médicaux, appel des urgences et pompiers pour hospitalisations et/ou interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à rembourser s'il y a lieu les frais médicaux occasionnés : oui non

Puyricard le :

Signature des parents :