



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	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
RESPONSABLES LEGAUX	☐ PERE ☐ MERE ☐ TUTEUR	☐ PERE ☐ MERE ☐ TUTEUR
NOM		
PRENOM		
ADRESSE CP - VILLE		
SITUATION DES PARENTS	☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ PACS ☐ Divorcé(e) / séparé(e) ☐ 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 ☐**¹
- Autorise : Mon enfant à rentrer seul à partir de 17 h 00 après avoir prévenu l'animateur : **oui ☐ non ☐**¹
- 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 :

¹ uniquement pour les enfants de plus de 10 ans

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 - Diphtérie/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 :