



Fiche d'inscription et de renseignements



Puyricard

Cousteron

RÉFÉRENCE DE L'ENFANT : (À PARTIR DE SEPT 2026) ÉCOLE

CLASSE

NOM :

PRÉNOM :

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

ÂGE :

RÉFÉRENCE DES PARENTS	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
RESPONSABLES LEGAUX (entourer la réponse)	Père Mère Tuteur	Père Mère Tuteur
NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE CP - VILLE		
SITUATION DES PARENTS (entourer votre situation)	Marié(e) Vie maritale PACS Divorcé(e)/séparé(e)	Veuf Célibataire
N° DE TEL		
ADRESSE MAIL		
PROFESSION		
EMPLOYEUR		
N° EN CAS D'URGENCE		

N° CAF OU MSA (INDISPENSABLE) NOM DE L'ALLOCATAIRE CAISSE

ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE : NOM N° DE CONTRAT

RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET PROJET PÉDAGOGIQUE

JE CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU PROJET PÉDAGOGIQUE AINSI QUE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS, ET M'ENGAGE À EN RESPECTER LES MODALITÉS.

(DISPONIBLE SUR NOTRE SITE DANS LES DOCUMENTS TÉLÉCHARGEABLES)

LU ET APPROUVÉ

SIGNATURE DES PARENTS

FAIT À

LE

AUTORISATIONS PARENTALES

JE SOUSSIGNÉ(E) RESPONSABLE LÉGAL,

- AUTORISE MON ENFANT À RENTRER SEUL UNE FOIS L'ACCUEIL DE SOIR OUVERT, ET AVOIR PRÉVENU L'ANIMATEUR (SI OUI, À PARTIR DE 10 ANS)

OUI NON

- AUTORISE LES PERSONNES SUIVANTES À VENIR RÉCUPÉRER MON ENFANT LORS DES ACCUEILS :

M OU MME	NOM	PRÉNOM	LIEN (GDS-PARENTS, AMIS)		TELEPHONE

POUR LES PERSONNES AYANT UN DROIT DE GARDE EXCLUSIF , OU DE GARDE PARTAGÉE, FAIRE PARVENIR UN DOCUMENT DU TRIBUNAL (JUGEMENT DE GARDE), 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 CAF PARTENAIRE. SI NON, FOURNIR OBLIGATOIREMENT LA FEUILLE D'IMPOSITION EN COURS

OUI NON

LU ET APPROUVÉ

FAIT À

LE

SIGNATURE DES PARENTS



ACCUEIL DE LOISIRS

Fiche sanitaire de liaison



Puyricard

Couteron

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT.

NOM DE L'ENFANT : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / ÂGE : CLASSE

MÉDECIN TRAITANT : N° DE TEL :

VACCINATIONS - (OBLIGATOIRE)

SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ, (À FOURNIR ÉGALEMENT) OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS DE L'ENFANT

VACCINS OBLIGATOIRES Selon l'âge de votre enfant	Date 1er vaccin	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés (entourer si fait)
DTPOLIO - Diphtérique/ Tétanos/Poliomyélite			BCG
Coqueluche			Test Tuberculinique
Haemophilus influenza type B			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque c			
ROR - Rougeole/ Oreillons/Rubéole			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT SUIV-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.

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (ENTOURER SI OUI)

RUBÉOLE VARICELLE ANGINES OREILLONS COQUELUCHE OTITES ROUGEOLE SCARLATINE

DEMANDE DE P.A.I. (ENTOURER LA RÉPONSE) **OUI** **NON**
(PRÉCISER LA CAUSE DE ET LA CONDUITE À TENIR)

ALLERGIES : ASTHME MÉDICAMENTEUSES ALIMENTAIRES

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 LE NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT)

RÉGIME ALIMENTAIRE : SANS PORC VÉGÉTARIEN VÉGÉTALIEN

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT ET LA CONDUITE À TENIR
(MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPÉRATIONS, RÉÉDUCTIONS, PORT DE LUNETTES...)

NATURES	DATES

JE SOUSSIGNÉ(E) RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT, DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DE L'ACCUEIL DE LOISIRS 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

LU ET APPROUVÉ
FAIT À
LE

SIGNATURE DES PARENTS