FICHE ENFANT

Dossier d'inscription 2025/2026

Photo d'identité

ENFANT

Nom : …… Prénom : ……

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : … … / … … / … … … …

École fréquentée : …… Commune : …… Classe : ……

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE OBLIGATOIRE (attestation à joindre au dossier) :

Nom : …… Contrat n° : ……

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT (conseillée)

Nom : …… Contrat n° : ……

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (couvrant l'enfant) : ……

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT (autre que les parents) :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1 ……	……	… … / … … / … … / … … / … …
2 ……	……	… … / … … / … … / … … / … …
3 ……	……	… … / … … / … … / … … / … …
4 ……	……	… … / … … / … … / … … / … …

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents) :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1 ……	……	… … / … … / … … / … … / … …
2 ……	……	… … / … … / … … / … … / … …
3 ……	……	… … / … … / … … / … … / … …

RECOMMANDATIONS UTILES A L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Suivi éducatif (AVS, CAMPS, CMPP, orthophoniste) : ……

……

Autre suivi / particularité familiale : ……

……

Qu'est-ce qui lui plaît / l'apaise : …….

……

Qu'est-ce qui est difficile pour lui / qui le contrarie : ……..

……

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- Est-ce que votre enfant porte des lunettes, une prothèse auditive ou un autre appareillage de santé ?

☐ oui ☐ non Si oui, qu'elles sont vos recommandations **: …….**

- Est-il asthmatique ? ☐ oui ☐ non Si oui, qu'elles sont vos recommandations **:**
  ……

- A-t-il des allergies :

-Alimentaires ☐ oui ☐ non - Médicamenteuses ☐ 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.

- A-t-il un PAI ? (Le projet d'Accueil Individualisé est un document qui précise les adaptations à apporter quand un enfant a des troubles de santé sur le temps de collectivité) ☐ oui ☐ non

- A-t-il des besoins spécifiques ? (alimentation, comportement, communication, …) ☐ oui ☐ non

Si oui, qu'elles sont vos recommandations **:** ……

- Est-il en situation de handicap ? ☐ oui ☐ non

- Perçoit-il l'AEEH ? (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ☐ oui ☐ non

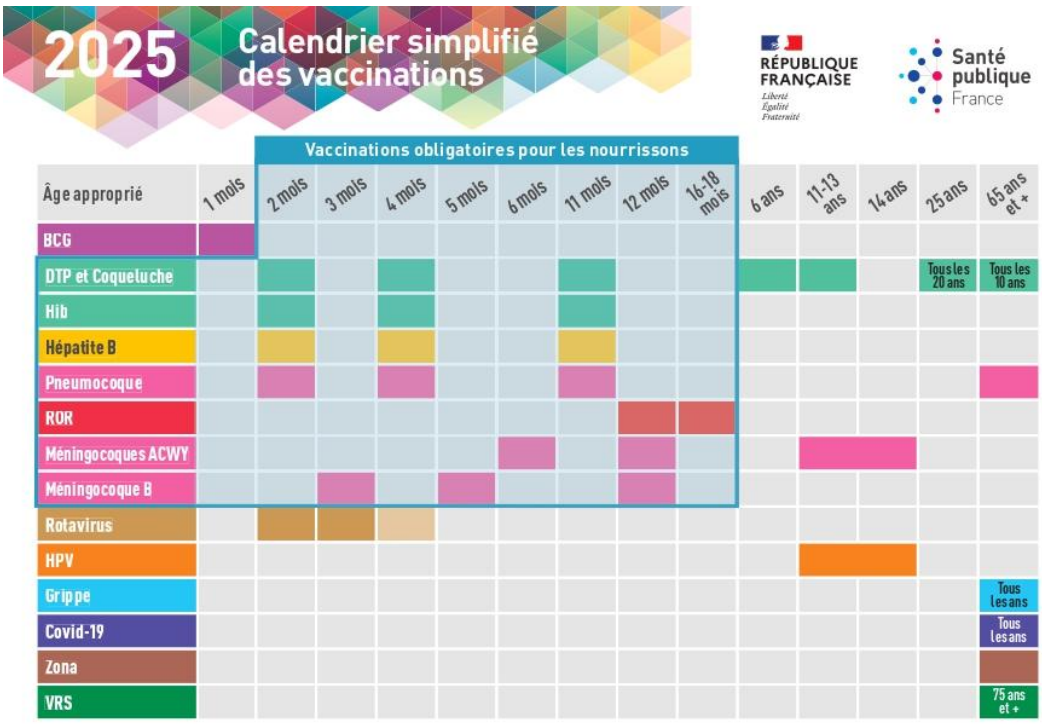
Si oui, merci de fournir le justificatif MDPH.

Si vous avez répondu oui à une de ces questions ou si vous en faites la demande, un rendez-vous avec la direction vous sera proposé afin de préparer au mieux l'accueil de votre enfant.

Nom et téléphone du médecin traitant : ……

VACCINATION OBLIGATOIRE

Pour information voici le tableau des vaccinations obligatoire depuis Janvier 2025 :



Merci de fournir la photocopie des vaccinations à jours ou un document signé d'un professionnel de santé habilité à vacciner (médecin généraliste, pédiatre, sage-femme ou infirmier).

Lorsqu'une ou plusieurs vaccinations sont manquantes, l'enfant est provisoirement admis en collectivité pour **une durée transitoire de 3 mois**. Ce délai permet à la famille de débuter les vaccinations manquantes et de les poursuivre conformément au calendrier des vaccinations.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), …….. représentant légal de l'enfant …….

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
- Autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale)

☐ oui ☐ non

- Autorise la prise de photographies de mon enfant le représentant dans le cadre des activités de l'association ainsi que la modification, la diffusion et la publication de ces dernières sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion des activités de l'association (album photos, article de presse, site internet, newsletters de l'association et réseau sociaux)

☐ oui ☐ non

- L'autorise à prendre le car, le minibus ou les voitures particulières (assurance «auto-mission » de l'association)

☐ oui ☐ non

- L'autorise à partir seul de l'accueil de loisirs

☐ oui ☐ non

Fait à …….. Le … … / … … / … … … … **Signature(s) :**

FICHE FAMILLE

Dossier d'inscription 2025/2026

Cadre réservé à l'administration
☐ Enregistré ☐ Tarifé

Nom et prénoms De (des) l'enfant(s)	Date de naissance	Sexe	Accueil(s) fréquenté(s)	École fréquentée
1 ……	… … / … … / … … … …	☐ M ☐ F	☐ ALP ☐ ALSH ☐ Ados	……
2 ……	… … / … … / … … … …	☐ M ☐ F	☐ ALP ☐ ALSH ☐ Ados	……
3 ……	… … / … … / … … … …	☐ M ☐ F	☐ ALP ☐ ALSH ☐ Ados	……

RESPONSABLE LÉGAL 1 (Référent pour la facturation)	RESPONSABLE LÉGAL 2
☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (précisez) : ……..	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (précisez) : ……
Nom : ……	Nom : ……
Prénom : ……	Prénom : ……
Date de naissance : … … / … … / … … … …	Date de naissance : … … / … … / … … … …
Adresse : …… ……	Adresse : …… ……
CP : … …. … … … Ville : ……	CP : … …. … … … Ville : ……
Téléphone(s) :	Téléphone(s) :
Fixe :…../…../…../…../….. Portable :…../…../…../…../…..	Fixe :…../…../…../…../….. Portable :…../…../…../…../…..
Travail :…../…../…../…../…..	Travail :…../…../…../…../…..
Mail : ……@……	Mail : ……@……
Situation familiale (rayer les mentions inutiles) :	Situation familiale (rayer les mentions inutiles) :
Célibataire / Union libre / Marié(e) / Pacsé(e) / Séparé(e) / Veuf(ve)	Célibataire / Union libre / Marié(e) / Pacsé(e) / Séparé(e) / Veuf(ve)

ALSH : Quotient Familial CAF (attestation de QF de Janvier de l'année en cours à fournir) : ……

Bénéficiaire PASS ACCUEIL MSA (attestation PASS ACCUEIL MSA à fournir) :

☐ oui ☐ non Si oui N°…… QF : ……..

ALP : ☐ Imposable ☐ Non imposable (copie de la totalité de l'avis de situation déclarative 2023 à joindre)

MUTUELLE : ☐ Nom : …… ☐ N° de contrat : ……

Je soussigné(e)…… (Cocher les cases correspondantes) :

☐ Certifie avoir pris connaissance et approuver le règlement intérieur et les tarifs de l'association

☐ M'engage à signaler à l'association tout changement de situation qui surviendrait au cours de l'année

☐ Certifie exact l'ensemble des renseignements déclarés ci-dessus

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