



ACCUEIL DE LOISIRS

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE 2026



ENFANT :

Nom..... Prénom.....

Date de Naissance Age..... Sexe. F ☐ M ☐

RESPONSABLES LEGAUX :

Mère – Responsable légal

Nom Prénom.....

Date de Naissance.....Lieu de naissance.....

Adresse.....

Commune..... Code Postal

☐ Domicile :..... ☒ Portable.....

Adresse e-mail :

Profession.....☐ Travail.....Employeur.....

Père – Responsable légal

Nom Prénom.....

Date de Naissance.....Lieu de naissance.....

Adresse.....

Commune..... Code Postal

☐ Domicile :..... ☒ Portable.....

Adresse e-mail :

Profession.....☐ Travail.....Employeur.....

Situation de famille Si séparation, parent qui a la garde :

Frères et Sœurs

Nom Prénom.....

Nom Prénom.....

IMMATRICULATION :

N° Sécurité Sociale.....

Régime

☐ CAF ☐ MSA ☐ Autres

N° d'allocataire.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin Traitant

Commune Cabinet

1. Vaccinations

Fournir la photocopie des vaccinations disponible dans le carnet de santé

2. Renseignements médicaux

RUBEOLE	VARICELLE	COQUELUCHE	SCARLATINE	ROUGEOLE
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Allergies :

- Asthme Oui ☐ Non ☐ - Alimentaire Oui ☐ Non ☐
- Médicamenteuse Oui ☐ Non ☐ - Autres Oui ☐ Non ☐
 - Repas Classique ☐ Végétarien ☐

Précisez la cause de l'allergie :

.....
.....

« Tout traitement médical ou autre problème de santé sera suivi par un PAI (Plan d'Accueil Individualisé établi en amont) »

Indiquer les difficultés de santé (maladies, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant les dates :

.....
.....
.....

3. Recommandations des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives ou dentaires

.....
.....

AUTORISATIONS

1. Autorisation de personnes à venir récupérer l'enfant :

- Nom et Prénom

☐ Téléphone

Lien avec l'enfant

- Nom et Prénom

☐ Téléphone

Lien avec l'enfant

- Nom et Prénom

☐ Téléphone

Lien avec l'enfant

« Aucun enfant n'est autorisé à quitter le centre seul sans décharge »

2. Droit à l'image :

Lors des différentes activités, des photos et vidéos sont prises et sont utilisées à des fins d'illustrations dans différents supports de communication (journaux locaux, site internet de la Mairie, **Facebook**). En acceptez-vous l'utilisation ?

Oui ☐ Non ☐

3. Santé

L'accueil de loisirs se donne l'autorisation de faire appel aux services d'urgence (Pompiers, Samu) en cas d'accident.

- Hospitalisation Oui ☐ Non ☐ - Chirurgie Oui ☐ Non ☐

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

- Nom et Prénom

☐ Téléphone

Lien avec l'enfant

5. Sorties

Dans le cadre des projets d'animation, des sorties en bus sont organisés

Transport Oui ☐ Non ☐

L'enfant est il malade en bus Oui ☐ Non ☐

En cas d'incident, acceptez-vous le rapatriement de votre (vos) enfant(s) sur le centre par un agent avec un véhicule de la commune ?

Oui ☐ Non ☐

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je soussigné M.et/ou Mme

Responsable légal de l'enfant

Déclare exact les renseignements portés sur ce dossier.

J'atteste avoir bien pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et d'en accepter les conditions.

Date

Signature

A ce dossier, les parents s'engagent à nous faire parvenir les documents ci-joints :

- Fiche sanitaire
- Avis d'imposition année 2025 sur revenu 2024
- Photocopie des vaccins à jour (carnet de santé)
- Assurance extra-scolaire