

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

IDENTITÉ DE L'ENFANT	
NOM :	École :
Prénom :	Classe :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Assurance responsabilité civile (assureur + n° de contrat) :	

Date du 1 ^{er} jour de fréquentation de l'école (en cas de rentrée en cours d'année) :/...../.....

Pièces à joindre au dossier :

- Certificat d'assurance scolaire
- Copie des pages vaccinations du carnet de santé
- Copie de toutes les pages du livret de famille
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA

FICHE FAMILLE

RESPONSABLES LÉGAUX	
Responsable 1 (Père / Mère / Tuteur)	Responsable 2 (Père / Mère / Tuteur)
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (précisez)	Type : Père / Mère / Autre (précisez)
Situation familiale : Marié / Séparé / Autre (précisez)	Situation familiale : Marié / Séparé / Autre (précisez)
Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :
Port :	Port :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Tél pro :	Tél pro :
Employeur :	Employeur :
Adresse :	Adresse :
Information par mail : OUI / NON	Information par mail : OUI / NON

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES		
Partir seul : Nous souhaitons que notre enfant quitte la structure seul ou accompagné d'un mineur.	OUI	NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI	NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI	NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI	NON
Lunettes : Votre enfant a t'il besoin de porter des lunettes ?	OUI	NON
Appareil dentaire : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI	NON
Appareil auditif : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI	NON
Autorisé à partir seul après la garderie périscolaire :		
Autorisé à partir seul après le CLSH :		
Autorisé à partir seul après l'animation jeunesse		
PERSONNES À CONTACTER		
CONTACT N° 1	CONTACT N° 2	
NOM :	NOM :	
Prénom :	Prénom :	
Lien de parenté :	Lien de parenté :	
Tél:	Tél:	
Port :	Port :	
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON	
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	
CONTACT N° 3	CONTACT N° 4	
NOM :	NOM :	
Prénom :	Prénom :	
Lien de parenté :	Lien de parenté :	
Tél:	Tél:	
Port :	Port :	
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON	
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	

Attestations :

Nous, soussignés :

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

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

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 4 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHLUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE, COQUELUCHÉ, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains 'OUI' or 'NON' with checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTAIRES MÉDICAMENTEUSES AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE BUREAU
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS