

ENFANT

Nom/Prénom :

Fille - Garçon

Date de naissance :

Ecole fréquentée :

L'inscription sera définitive lorsque vous aurez fourni les documents suivants :

- ✓ Fiche de renseignements et Fiche sanitaire complétées et signées
- ✓ Photocopies des vaccinations + fiche détaillée PAI le cas échéant
- ✓ Document précisant votre numéro allocataire CAF ou MSA
- ✓ Justificatif de votre QF (Quotient Familial) CAF ou MSA (Fév 2026)
- Dans le cas où vous n'avez pas de Quotient Familial :
 - ✓ Avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024
- Si CAF 24 et QF inférieur à 800 :
 - ✓ Notification d'Aides aux Temps Libres (ATL) de la CAF
- ✓ Attestation AEEH (Aide Education Enfant Handicapé) si bénéficiaire
- ✓ Attestation assurance extrascolaire
- ✓ Protocole navette et le règlement intérieur complétés et signés
- ✓ 1 photo d'identité récente obligatoire si PAI

FAMILLE

	Responsable Légal 1 (Entourer) : Père, Mère, Famille d'accueil, Tuteur, Autre préciser :	Responsable Légal 1 (Entourer) : Père, Mère, Famille d'accueil, Tuteur, Autre préciser :
NOM / Prénom		
Nom de Naissance		
Date et Lieu de Naissance		
Adresse (cocher l'adresse où l'enfant réside)		
Tel portable		
Tel professionnel		
e-mail (1 seul)	@	
Situation familiale des parents	☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Séparé ☐ Veuf ☐ Vie maritale	
Profession		
Employeur (nom et adresse)		
Nombre d'enfants à charge		
Autorité parentale	OUI / NON	OUI / NON

RÉGIME ALLOCATAIRE : ☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRES (précisez) : N° Allocataire :

Département du régime :

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'Aide d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) : OUI ☐ NON ☐

AUTORISATIONS

Autorisation de Baignade	OUI / NON - (NAGEUR /NON NAGEUR)
Autorisation Sortie Bus Imprévue (Ex : Gymnase, Vente Calendrier...)	OUI / NON
Autorisation d'Hospitalisation	OUI / NON
Autorisation de partir seul de l'accueil de loisirs ou des points d'accueils	OUI / NON
Utilisation de l'image dans la presse	OUI / NON
Utilisation de l'image pour le Facebook « Accueil De Loisirs St Antoine » OU « Accueil Loisirs Prêt-Ados »	OUI / NON
Utilisation image pour activités manuelles	OUI / NON
Utilisation de l'image pour réalisation de vidéo	OUI / NON
Utilisation image pour le site internet de l'accueil de loisirs et de la CDC	OUI / NON

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : Père Mère

Autres, préciser : Nom, Prénom, Tél, lien avec l'enfant :

Personnes à contacter en cas d'urgence : Père Mère

Autres, préciser : Nom, prénom, Tél, lien avec l'enfant :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Le SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

Cadre réservé à l'administration
Dossier reçu :
Dossier traité :

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

Vaccin obligatoire : Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite (ou DT polio)

Date de la dernière vaccination :/...../.....

Date du prochain rappel :/...../.....

Vaccins recommandés :

MERCI DE FOURNIR LA COPIE DES VACCINATIONS

	Date de la dernière injection	Rappel
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.

- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** :

DIFFICULTÉS DE SANTÉ : (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....

.....

ALLERGIES : . Asthme . Alimentaires . Médicamenteuses . Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler et le justifier par écrit) :

.....

.....

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI ☐ NON ☐

ATTENTION si P.A.I : fournir le formulaire complet + photo + traitement médical marqué au nom de l'enfant

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

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A, le Signature du responsable légal