

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES MUNICIPALES
Du 1^{ER} SEPTEMBRE 2024 AU 31 AOÛT 2025

PARENTS

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Né(e) le :	Né(e) le :
Adresse :	Adresse :
.....	
.....	
mail :	mail :
Téléphone :	Téléphone :
↳ Travail :	↳ Travail :
↳ Portable :	↳ Portable :
Situation familiale : ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ pacsé(e) ☐ célibataire	Situation familiale : ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ pacsé(e) ☐ célibataire

QUOTIENT FAMILIAL

Personnes bénéficiant des allocations familiales :
☐ CAF ☐ MSA ☐ Fonctionnaire ☐ autre :

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Quotient familial : depuis le :

Personnes non allocataires (sur le dernier avis d'imposition) :

Revenu fiscal de référence : Nombre de parts :

Nombre d'enfant(s) à charge :

E N F A N T

NOM : Prénom :

Né(e) le Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Classe : Niveau : Nom de l'enseignant :

Sait-il nager ? ☐ oui ☐ non

PERSONNES A PREVENIR ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

AUTORISATIONS

- ↳ Autorise mon enfant à participer aux sorties : ☐ oui ☐ non
- ↳ Autorise mon enfant à rentrer seul (si + 7 ans) : ☐ oui ☐ non
- ↳ Autorise mon enfant à être photographié : ☐ oui ☐ non
- ↳ Autorise la publication des photos : ☐ oui ☐ non

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

1 – MEDECIN TRAITANT :

Nom, prénom :

Adresse :



2 – VACCINATIONS : Joindre une copie des pages du carnet de santé mentionnant les vaccinations de l'enfant.

SI L'ENFANT N'A PAS RECU LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'Enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIE : Asthme : OUI ☐ NON ☐
Alimentaire : OUI ☐ NON ☐
Médicamenteuse : OUI ☐ NON ☐
Autres

En cas d'allergie, précisez la conduite à tenir

A-t-il été effectué un P.A.I. (Projet d'Accueil Personnalisé) à l'école ?

oui ☐ non ☐

L'enfant a-t-il un traitement médical continu à suivre durant l'accueil de loisirs?

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.

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

☐ végétarien ☐ sans porc ☐ sans poisson ☐ autre :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez ci-après, les difficultés de santé que vous souhaitez faire connaître à l'équipe d'animation (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

Précisez si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

☐ **AUTORISE le personnel d'encadrement** des différentes structures à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

☐ **DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES REGLES DE FONCTIONNEMENT** définies pour les accueils de loisirs,

DOCUMENTS A FOURNIR :

- ➔ Attestation d'assurance responsabilité civile, extra-scolaire et individuelle accident
- ➔ Carnet de vaccinations
- ➔ pour les bénéficiaires d'allocations familiales : attestation de la CAF indiquant le quotient familial
- ➔ pour les personnes non-allocataires : dernier avis d'imposition ou de non-imposition que vous avez reçu (l'absence de pièce justificative entraînera l'application du tarif le plus élevé).

Fait à ARMBOUTS-CAPPEL, le

Signature,