

**SIVU LES P'TITS LOUPS - Accueil Collectif de Mineurs Multi-Sites - 17240 St Fort / Gde
ACCUEIL PERI ET EXTRA SCOLAIRE**

FICHE D'INSCRIPTION – Année scolaire 2026/2027

ENFANTS INSCRITS A L'ACCUEIL :

NOM - Prénom	Date de naissance	Age	Classe - Etablissement scolaire

INFORMATION FAMILLE :

La facturation sera faite au Nom du responsable légal 1

En cas de garde alternée, merci de nous transmettre le jugement ou le planning de garde (signé des 2 parents) pour la facturation de chacun.

RESPONSABLE LEGAL 1 :

NOM-Prénom :
 N°/Rue/Voie :
 Code Postal :
 Ville :
 ☎ Domicile :
 ☎ Portable :
 @ :
 N° Sécurité Sociale :
 Assurance couvrant les
 enfants :

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Vie maritale
☐ Veuf ☐ Divorcé

Caisse d'allocations familiales : Renseignement obligatoire

☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre, précisez :
 N° Allocataire :
 Quotient Familial..... Fournir un justificatif

Employeur Renseignement obligatoire :

Adresse :
 ☎ :

Médecin traitant des enfants :

NOM :
 Tél. :
 Ville :

RESPONSABLE LEGAL 2 :

NOM-Prénom :
 N°/Rue/Voie* :
 Code Postal * :
 Ville* :
 ☎ Domicile * :
 ☎ Portable :
 @ :
 N° Sécurité Sociale :
 Assurance couvrant les
 enfants :

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Vie maritale
☐ Veuf ☐ Divorcé

Caisse d'allocations familiales :

☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre, précisez :
 N° Allocataire * :
 Quotient Familial * :

Employeur Renseignement obligatoire :

Adresse :
 ☎ :

Médecin traitant des enfants * :

NOM :
 Tél. :
 Ville :

* à remplir si différent du responsable légal du ou des enfants

Pour les nouvelles inscriptions, comment avez-vous eu connaissance de notre structure ?

Par le biais de ... L'école ☐ La Mairie ☐ Le bouche à oreille ☐ Le site internet communal ☐ Autre, précisez :

Percevez-vous l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) pour l'un ou les enfants inscrits : Oui ☐ Non ☐

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :

Fiche d'inscription et d'autorisations parentales ☐	Fiche sanitaire (une par enfant inscrit) ☐
Photocopie des vaccins et PAI (si concerné) ☐	Attestation d'assurance péri et extra scolaire ☐
Attestation du Quotient Familial CAF/MSA,.. ☐	Attestation d'assurance Responsabilité Civile ☐

Fait à :

Le :

Signature des responsables légaux :

**SIVU LES P'TITS LOUPS - Accueil Collectif de Mineurs Multi-Sites - 17240 St Fort / Gde
ACCUEIL PERI ET EXTRA SCOLAIRE**

AUTORISATIONS PARENTALES

Nous, soussignés autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires en cas d'urgence, à savoir : transfert pour hospitalisation, intervention du SAMU, POMPIERS, intervention d'un médecin autre que le médecin traitant. Nous autorisons les autorités médicales à pratiquer toutes les interventions d'urgence pour mon (mes) enfant(s) et si nécessaire sous anesthésie.

Nous nous engageons à rembourser l'intégralité des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. Si cela est possible, nous souhaitons que l'enfant soit hospitalisé à (Préciser le nom de l'hôpital ou de la clinique).

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) :

- ☐ A participer aux activités en partenariat avec l'EHPAD, l'ADEI et la MFR de St Genis de S^{te}
- ☐ A voyager en mini-bus et/ou transport collectif et à monter à l'avant pour les + 10 ans
- ☐ A se baigner : notre(nos) enfant(s) sait (savent) nager
notre(nos) enfant(s) ne sait (savent) pas nager.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (si le centre est dans l'impossibilité de prévenir les parents)

NOM-Prénom	☎ Domicile	☎ Portable	☎ Travail	Qualité (grands-parents,..)

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER LES ENFANTS :

NOM-Prénom	☎ Domicile	☎ Portable	☎ Travail	Qualité (grands-parents,..)

DROIT A L'IMAGE :

Nous ☐ **AUTORISONS** ☐ **N'AUTORISONS PAS**
le SIVU LES P'TITS LOUPS à réaliser des photographies et/ou vidéos sur lesquelles figure notre (nos) enfant(s), à les utiliser librement et gracieusement pour les opérations de communication du SIVU quel que soit le support utilisé (site internet, document de présentation, brochure, presse écrite,...).
Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image et/ou à la réputation de notre (nos) enfant(s).

Nous déclarons sur l'honneur que notre (nos) enfant(s) bénéficie(ent) d'une couverture sociale et d'une assurance responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers et couvrant les activités extra-scolaires.

Fait à :

Le :

Signature des responsables légaux - Précédée de la mention "Lu et approuvé" :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐

FILE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR 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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

AUTRES.....

AUTRES.....

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

[illegible]

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....