



FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

2025
2026

Identité de l'enfant :

NOM : _____ Prénom(s) : _____

Sexe : ____ Date et lieu de naissance : _____

Ecole : _____ Classe _____

Identité des parents :

Responsable 1 :	Destinataire facture ☐	Responsable 2 :	Destinataire facture ☐
Nom : _____		Nom : _____	
Prénom : _____		Prénom : _____	
Date et lieu de naissance : _____		Date et lieu de naissance : _____	
Adresse : _____		Adresse : _____	
Code Postal : _____ Ville : _____		Code Postal : _____ Ville : _____	
Adresse mail : _____		Adresse mail : _____	
Profession : _____		Profession : _____	
N° Sécurité sociale : _____		N° Sécurité sociale : _____	
Domicile : _____		Domicile : _____	
Portable : _____		Portable : _____	
Professionnel : _____		Professionnel : _____	
N° allocataire CAF / MSA : _____		N° allocataire CAF / MSA : _____	

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ mariés ☐ pacsés ☐ union libre ☐ séparé ☐ divorcé ☐ veuf(ve)
(si l'un des parents n'a plus l'autorité parentale fournir un justificatif)

→ Régime alimentaire : ☐ Normal ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Autre régime
(certificat médical obligatoire)

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant si le responsable légal reste injoignable(en dehors des parents) :

Nom _____		Lien avec l'enfant : _____
Adresse _____		
Nom _____		Lien avec l'enfant : _____
Adresse _____		
Nom _____		Lien avec l'enfant : _____
Adresse _____		

Assurance de l'enfant (à joindre impérativement)

Responsabilité civile Oui ☐ Non ☐

Individuelle accident Oui ☐ Non ☐

Je soussigné(e), M ou Mmepère, mère, tuteur, autorise :

- Mon enfant à être photographié et/ou filmé, dans le cadre d'activités sur les temps du périscolaire et/ou de l'accueil de loisirs, pour communiquer sur les supports de la commune :

☐ OUI

☐ NON

- L'animateur de l'activité à prendre toute mesure d'urgence si l'état de notre enfant le justifie
- Atteste sur l'honneur l'authenticité des renseignements ci-dessus et je m'engage à signaler tout changement significatif de situation (adresse, N° téléphone,...)
- Je m'engage à respecter le règlement intérieur de fonctionnement aux activités périscolaires et aux accueils de loisirs de la commune de Macheren
- Je m'engage à prendre en charge mensuellement le cout des factures de périscolaire de mon enfant
- Je n'autorise mon enfant sous aucun prétexte à quitter la structure sans mon accord
- J'accepte les modalités de protection des données*
- Veuillez signaler les observations particulières que vous jugerez utiles (allergies, traitement en cours, précautions particulières...) :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

MACHEREN, le _____

Signatures des parents précédées de la mention « lu et approuvé »

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

- Fiche sanitaire de liaison
- Copie du carnet de vaccinations
- Attestation d'Assurance de Responsabilité Civile
- ☐ Je souhaite bénéficier d'un **tarif modulé** en fonction du quotient familial : je fournis le **justificatif** à télécharger sur l'espace personnel de la CAF pour **septembre 2025 et février 2026**

* Protection des données : les informations recueillies sur ce questionnaire seront conservées par les services de la mairie pendant la durée de l'année scolaire. Le droit d'accès et de rectification prévu à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 modifié relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'exerce auprès du secrétariat de la mairie de MACHEREN qui est seul destinataire de ces informations.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Joindre les copies du carnet de vaccination					

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

2 - 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 oui ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	ANGINE oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	ROUGEOLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non

MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MÉDECIN TRAITANT :

NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :