



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 <input type="checkbox"/>	Responsable 2 :	Destinataire facture <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Individuelle accident	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------	------------------------------	------------------------------

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	DATÉS
<h3>Joindre les copies du carnet de vaccination</h3>					

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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 MEDECIN TRAITANT :

NUMERO SECURITE 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 :