



**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**  
**ACCUEILS DE LOISIRS (Mercredis et Vacances Scolaires)**  
**Année scolaire 2021 / 2022**

**A REMPLIR PAR TOUTES LES FAMILLES**

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Ecole\* : .....Classe\* : .....  
*(\* pour l'année scolaire 2021/2022)*

**CONTENU DU DOSSIER A RETOURNER IMPERATIVEMENT :**

- ☛ Fiche de Renseignements
- ☛ Fiche Sanitaire de Liaison (également pour Accueils de Loisirs) avec : 
  - Vaccins (copie du carnet de vaccinations ou attestation médicale)*
  - Attestation assurance valide 2021/2022*

A ....., Le .....  
Signature des parents,

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**  
**Année scolaire 2021/2022**

**Fiche de Renseignements**

**Nom de l'enfant** : .....

Prénom de l'enfant : ..... Sexe :  F  M

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nom de l'école : .....

**Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccinations de l'enfant ou une attestation médicale**

**Représentant légal – Père**                      **Situation familiale** : .....

Nom et prénom : ..... N° d'allocataire CAF ou MSA : .....

Adresse : .....

 Domicile : .....  Portable : .....

Adresse mail : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....  : .....

**Représentant légal – Mère**                      **Situation familiale** : .....

Nom et prénom : ..... N° d'allocataire CAF ou MSA : .....

Adresse : .....

 Domicile : .....  Portable : .....

Adresse mail : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....  : .....

**Autre Représentant légal – Tuteur, Familles d'accueil, Autres**

Organisme : .....

Nom et prénom de la personne référente : .....

Fonction : .....

Adresse mail : .....  : .....

**Une pièce d'identité pourra être demandée aux personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

**Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant**

Nom et prénom : ..... Qualité : .....


Adresse : .....

 Domicile : .....  Portable : .....

**Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant**

Nom et prénom : ..... Qualité : .....

Adresse : .....

 Domicile : .....  Portable : .....

**Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant**

Nom et prénom : ..... Qualité : .....

Adresse : .....

 Domicile : .....  Portable : .....

**PAI (Projet d'Accueil Individualisé)**

L'acceptation à la restauration scolaire d'un enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s), est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.).

**Projet d'Accueil Individualisé (PAI) existant :**                     Oui                     Non

Précisez : .....

**Les familles doivent impérativement prendre contact avec le Centre Médico Scolaire au 05 49 98 36 16 et en informer le Guichet Unique dès la rentrée scolaire.**

**HANDICAP : L'enfant est-il porteur d'un handicap :**                     Oui                     Non

Précisez : .....

En cas de handicap fournir le document MDPH

**PORT DE LUNETTES :** L'enfant porte-t-il des lunettes :                     Oui                     Non

Si oui, à retirer pour les activités sportives :                     Oui                     Non

**AUTORISATIONS**

Autorisation de consultation CAFPRO                     Oui                     Non

Autorisation d'appliquer de la crème solaire                     Oui                     Non

Autorisation d'hospitalisation d'urgence                     Oui                     Non

Autorisation de baignade                     Oui                     Non

Autorisation de délivrer des médicaments sur ordonnance                     Oui                     Non

Autorisation de diffusion de l'image/presse                     Oui                     Non

Autorisation de diffusion de l'image/réseaux sociaux                     Oui                     Non

Autorisation de diffusion de l'image/utilisation interne structure                     Oui                     Non

Autorisation de filmer/photographier                     Oui                     Non

Autorisation de rentrer seul de l'accueil de loisirs                     Oui                     Non

Autorisation de rentrer seul de l'accueil périscolaire                     Oui                     Non

Autorisation de rentrer seul de l'école                     Oui                     Non

Autorisation de rentrer seul des NAP                     Oui                     Non

Autorisation de sorties pour activités                     Oui                     Non

Autorisation de transport                     Oui                     Non

Nom de la Compagnie et N° de contrat de l'assurance responsabilité civile



**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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

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 : .....

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 : .....