

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) M(me) _____, agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale :

reconnait avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des Accueils de Loisirs Sans Hébergement CREUSE CONFLUENCE et m'engage à le respecter

- autorise les prises de vue photographique ou filmée de mon enfant dans le cadre des activités de la structure ou en vue d'opérations de communication ayant un lien avec le pôle ados (réseaux sociaux éventuellement).
☐ oui
☐ non
- autorise mon enfant à participer aux sorties prévues dans le cadre des activités organisées à l'extérieur de l'établissement
☐ oui
☐ non
- autorise mon enfant à emprunter les transports par le biais d'un prestataire lors des sorties organisées
☐ oui
☐ non
- autorise mon enfant à emprunter le minibus (9 places) conduit par l'équipe
☐ oui
☐ non
- autorise le responsable de l'Accueil ados à consulter notre dossier CAFPRO
☐ oui
☐ non
- autorise mon enfant à rentrer seul
☐ oui
☐ non
- autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom/Lien	N° de tél :	Joindre en cas d'urgence	☐
Nom/Prénom/Lien	N° de tél :	Joindre en cas d'urgence	☐
Nom/Prénom/Lien	N° de tél :	Joindre en cas d'urgence	☐
Nom/Prénom/Lien	N° de tél :	Joindre en cas d'urgence	☐

Fait à _____, le _____
Signature des parents

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-2027

LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES :

- Une photo récente de l'enfant
- Fiche d'inscription complétée
- Fiche sanitaire
- Photocopie des vaccins
- Attestation responsabilité civile
- Règlement intérieur signé

CADRE RESERVE AU pôle ados
NE PAS REMPLIR

- Dossier traité
le :
- Observation :
.....

Merci de compléter les informations, ci-dessous, concernant votre enfant :

NOM : **PRÉNOM :**

Né(e) le :/...../..... **A :**

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Établissement scolaire :

Classe :

Adresse:

Numéro de téléphone:
.....
.....

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





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : ☐ Masculin ☐ Féminin

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 RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite DT Polio				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (information 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

ALLERGIES : ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser, et joindre un certificat médical précisant l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

L e mineur présente-t-il un problème de santé (asthme, maladie, crise) si oui précisez ☐ Oui ☐ Non

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, etc...

MEDECIN TRAITANT :

PAI si oui joindre le PAI complet

☐ oui
☐ non

Dossier mdph

☐ oui
☐ non

4 – RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable légale 1 : (responsable financier)

PRENOM / NOM :

ADRESSE :

Code postal : Commune :

Téléphone portable : Téléphone fixe ou pro :

N ° Sécurité Social : N ° Allocataire :

Responsable légale 2 : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Code postal : Commune :

Téléphone portable : Téléphone fixe ou pro :

Sécurité Social : N ° Allocataire :

Situation Familiale :

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

OUI ☐ NON ☐ GARDE PARTAGÉE ☐

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 du CLPJ à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur. Déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

A : Le:/...../.....

Signature du responsable légale avec la mention « lu et approuvé » :