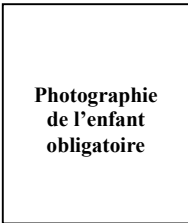




Accueil de Loisirs de Molinges
Fiche d'inscription 2025/2026(A remettre au responsable)



ENFANT

NOM : **Prénom :**

Date de Naissance : Féminin Masculin

RESPONSABLE DE L'ENFANT Mère Père Autre (préciser) :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Code Postal : **Commune :**

Tel.domicile:..... **Tel.travail:**..... **Portable :**

Adresse mail :

Profession.....Employeur :

Situation familiale : Marié célibataire vie maritale Autre (à préciser) :

Régime dont dépend l'enfant : CAF MSA SNCF EDF/GDF

Adresse de l'organisme:

N° d'allocataire : **Nombre d'enfants à charge dans la famille :**

AUTRE RESPONSABLE DE L'ENFANT Mère Père Autre (à préciser) :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Code Postal : **Commune :**

Tel.Domicile:..... **Tel.Travail:** **Portable :**

Profession.....Employeur :

Situation familiale : Marié célibataire vie maritale Autre (préciser) :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant à l'Accueil de Loisirs :

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

J'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile depuis l'Accueil de Loisirs à partir de ...h.... oui non

Personnes à prévenir en cas d'accident (si les responsables ne sont pas joignables):

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Si oui lequel ?

Médecin traitant :

Adresse:.....  :

AUTORISATION, DÉCHARGES

Ayant pris connaissance des modalités de fonctionnement et du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs, je soussigné(e)responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus,

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'organisateur de l'Accueil de Loisirs,
 - Autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
 - Décharge l'organisateur de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures d'ouverture de l'Accueil de Loisirs,
 - Dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux, jeux électroniques, téléphones portables...),
 - Suis informé qu'il est de mon intérêt de souscrire un contrat d'assurance en responsabilité civile,
 - M'engage à signaler à l'organisateur tout changement de situation familiale,
 - Autorise l'organisateur à m'envoyer les factures par mail ⇒ OUI NON
 - Autorise l'organisateur à filmer ou photographier mon enfant lors de ses différentes activités et à diffuser les documents si besoin ⇒ OUI NON
 - Autorise l'organisateur à utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour mettre à jour mes revenus :
- OUI NON (En cas de refus ou d'impossibilité, joindre une copie du dernier avis d'imposition sur le revenu),

- Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et sur la fiche sanitaire de liaison.

Date :..... **Signature précédée de la mention « lu et approuvé »**

MOLINGES

Fiche sanitaire 2025/2026

1 - ENFANT

Nom et prénom : Date de naissance:

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-	
Poliomyélite						Coqueluche	
						Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** régulier durant l'année?

oui non

Un PAI a-t-il été signé?

oui non

- Si oui joindre, le PAI en cours, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
- Si non, prendre contact avec la directrice de l'école ou de l'accueil de loisirs.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES.....

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

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...PRÉCISEZ :

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :