



SERVICE ENFANCE-JEUNESSE -RESTAURATION SCOLAIRE-ALSH
FICHE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Classe à la rentrée 2025-2026 : _____

Bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui joindre une copie de la notification de décision de la CDAPH

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Union maritale

En cas de divorce ou de séparation : Quel parent a la garde de l'enfant : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre

Décision de justice (fournir le jugement) : ☐ garde exclusive ☐ garde partagée ☐ garde alternée

Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales auquel est rattaché l'enfant :

Régime Général : C.A.F. de _____ Numéro d'Allocataire : _____

Régime Agricole : M.S.A. de _____ Numéro d'Allocataire _____

Autres : Caisse d'Appartenance _____ Numéro d'Allocataire : _____

N° de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant : ____/____/____/____/____/____/____/____/

J'autorise la personne habilitée par la CAF à consulter mon quotient familial sur le site CDAP ☐ Oui ☐ Non

Régime alimentaire particulier (Projet d'Accueil Individualisé) :

Services choisis et facturés

toute modification doit se faire par ECRIT : mail ou courrier

CANTINE (11h30-13h30)	Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
Garderie du Matin (7h30 à 8h30)	Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
Garderie du Soir (16h30 à 17h30)	Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
Garderie du Soir (16h30 à 18h30)	Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
Forfait matin + soir (préciser 1H ou 2H)	Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
MERCREDI ☐				

Vacances Scolaires (inscription Portail-Famille uniquement) Automne ☐ Hiver ☐ Printemps ☐ Eté ☐

Responsable N° 1

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

Profession et lieu : _____

Tél : Domicile : ____/____/____/____/____/____/____/____/ Portable : ____/____/____/____/____/____/____/____/ Travail : ____/____/____/____/____/____/____/____/

Mail : _____

Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

T.S.V.P →

Responsable N° 2

Nom : _____ Prénom : _____
Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance : _____
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____
Profession et lieu : _____
Tél : Domicile : ____/____/____/____/____/ Portable : ____/____/____/____/____/ Travail : ____/____/____/____/____/
Mail : _____
Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

Famille d'Accueil

Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____
Adresse : _____
Portable : ____/____/____/____/____/ Mail : _____

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR,

- ☐ Avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.
- ☐ M'engager à respecter le règlement de fonctionnement des activités que mon enfant fréquente.
- ☐ M'engager à modifier sur le portail famille tout changement pouvant intervenir.
- ☐ L'exactitude des informations figurant sur la présente fiche.

Fait à _____ le _____

Signature du Responsable n°1
Mention « Lu et approuvé »

Signature du Responsable n°2
Mention « Lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE ET AUTORISATION PARENTALE 2025/2026



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour du mineur.
(arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs)
Elle est valable jusqu'au 15 août 2025, sauf indications complémentaires venant de la personne responsable.



Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ ☐ Garçon ☐ Fille
Date de naissance : _____ Âge : _____ Taille : _____ Poids : _____

1- VACCINATIONS Joindre obligatoirement la copie de la page des vaccinations du carnet de santé

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie	☐	☐		Coqueluche	☐	☐	
Tétanos	☐	☐		Hépatites B	☐	☐	
Poliomyélite	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	☐	☐	
Ou DT Polio ou Tétracoq	☐	☐		B.C.G.	☐	☐	
				Autre :	☐	☐	

**SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES NOUS NE POURRONS PAS L'ACCUEILLIR
UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION NE SUFFIT PAS**

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suit-il un traitement médical : ☐ oui ☐ Non Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur présentation d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A-t-il déjà eu ou a-t-il les allergies et maladies suivantes :

- Allergie Alimentaire : ☐ oui ☐ Non
- Allergie Médicamenteuse : ☐ oui ☐ Non
- Autre Allergie (animaux, plantes) : ☐ oui ☐ Non
- Asthme : ☐ oui ☐ Non
- Diabète : ☐ oui ☐ Non
- Epilepsie : ☐ oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

La santé de votre enfant impose-t-elle la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : ☐ oui ☐ Non

Si oui, vous devez impérativement contacter la Directrice ou le Directeur de l'école avant la rentrée afin d'établir un P.A.I. pour que votre enfant soit accueilli.

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux ? : ☐ oui ☐ Non Si oui, précisez :

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? ☐ oui ☐ Non

L'enfant bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? ☐ oui ☐ Non

Si **oui** joindre une copie de la notification de décision de la CDAPH

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre fille est-elle réglée ? ☐ oui ☐ Non

Votre enfant est-il énurétique ? ☐ oui ☐ Non

Pour le Centre Petite Enfance (3/6 ans) : votre enfant fait-il la sieste ? ☐ oui ☐ Non

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc... :

Votre enfant sait-il nager ? ☐ oui ☐ Non. Remarque éventuelle : _____

4- RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable 1 : Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

Responsable 2 : Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

Personnes à contacter si vous étiez injoignable (précisez le lien : famille, amis, voisins) :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone domicile : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone domicile : _____

Médecin Traitant : Nom : _____ Téléphone : _____

N° Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : _____

Je soussigné(e) _____, Responsable Légal de l'enfant :

- **Autorise** mon enfant à rentrer seul après les activités auxquelles il participe : ☐ oui ☐ Non

- **Autorise** mon enfant à rentrer avec les personnes suivantes :

M. ou Mme : _____

M. ou Mme : _____

M. ou Mme : _____

Et

☐ **Certifie** que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités et l'autorise à y participer.

☐ **Autorise** la personne responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (crème solaire, crème à l'arnica, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.

☐ **M'engage** à rembourser tous les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.

☐ **Autorise** mon enfant à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transport utilisés.

☐ **Autorise** l'utilisation des photos prises de mon enfant sur les supports de communication de l'Accueil de Loisirs (dans le cas contraire, nous en faire la demande sur papier libre, joint au dossier d'inscription).

☐ **Certifie** l'exactitude des renseignements donnés.

Fait à :

Date :

Signature du Responsable Légal :