

PHOTO RECENTE

**Identité de l'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse complète : .....  
 .....  
 .....  
 Fille  / Garçon  - Né(e) le ..... Classe : .....  
 Ecole ..... Instituteur : .....  
 N° de Sécurité Sociale : .....  
 Nom de la mutuelle : .....  
 N° de mutuelle : .....  
 Régime général et fonctionnaire  Régime Agricole  
 N° d'allocataire  CAF ou  MSA : .....

**Identité responsable légal**

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom & Prénom		
Tel. domicile		
Tel. portable		
Tel. professionnel		
E-mail *pour envoi des factures		

Garde alternée

**Personne à prévenir en cas d'urgence – si différent des parents**

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

**Tiers autorisé à prendre en charge l'enfant**

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

\*Présentation pièce d'identité, obligatoire, le parent doit en informer les tiers autorisés.

**Droit à l'image :**

Autorise la publication au sein de l'accueil : ateliers, activités photos/vidéos  Oui  Non  
 Autorise la publication extérieure : site internet, presse, bulletin municipal, Facebook  Oui  Non

Accueil de loisirs « **LES MOUSSILLONS** » directrice d'équipement **BRANGEON Clémentine**  
 10 rue de Bellevue – 44260 LA CHAPELLE LAUNAY  
 - 02 40 58 98 72 – [lesmoussillons@lespep.org](mailto:lesmoussillons@lespep.org)

**Autorisation baignade :**

Autorise mon enfant à se baigner en piscine, à la mer (sorties exceptionnelles)  Oui  Non  
 Mon enfant sait nager  Oui  Non

**Autorisation de sortie**

AUTORISE mon enfant de plus de 8 ans à quitter seul les locaux des **MOUSSILLONS**  
 périscolaire  les mercredis  pendant les vacances scolaires

AUTORISE mon fils/fille ..... âgé de ..... à récupérer son frère/sœur au  
 périscolaire  les mercredis  pendant les vacances scolaires

AUTORISE mon enfant à se rendre seul(e) du périscolaire à son lieu d'activité (Préciser l'activité et le lieu d'arrivé)  
 ..... Tous les ..... à partir de .....h.....

**Pièces nécessaires pour constituer un dossier complet**

- 1 Photo (indiquer nom/prénom au dos, ne pas coller)
- Fiche sanitaire de liaison complète
- Copie du Carnet des vaccinations
- Attestation CAF ou MSA avec Quotient Familial à jour
- Attestation d'assurance
- Justificatif de domicile
- RIB si vous souhaitez que vos factures vous soient prélevées

**Documents complémentaires demandés par le directeur lors de l'inscription**

- PAI à jour et médication éventuelle de l'enfant
- Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)

**Tout dossier d'inscription incomplet ne sera pas traité.**

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature responsable légal : \_\_\_\_\_

Dans le cadre de l'application du Règlement Général de Protection des Données, dit «RGPD», est porté à votre connaissance que la collecte de vos données personnelles est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. Le service s'interdit d'utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. Vous avez le droit d'accès et le droit de rectification des données transmises en contactant la direction de l'accueil de loisirs.

**CADRE RESERVÉ**

Date de remise de la fiche sanitaire :



**Identité de l'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....

Médecin traitant .....

**VACCINATIONS** (Joindre la copie du carnet de santé ou certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS	Préciser la date	VACCINS	Préciser la date
DTP : Anti-diphtérique Anti-tétanique Anti-poliomyélitique		Contre les infections invasives à pneumocoque*	
		Contre le méningocoque de séro groupe C*	
		ROR : rougeole, oreillons, rubéole*	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus influenzae de type b*		Anti-amarile (Guyane seulement)	

\* Pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
COQUELUCHE	OTTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

L'enfant reçoit-il un traitement médical **REGULIER** pendant la durée de son accueil ? 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).

**OBSERVATIONS MÉDICALES UTILES PENDANT LA DURÉE DE L'ACCUEIL/SEJOUR DE L'ENFANT**

**Allergie alimentaire** : .....Oui Non **Mise en place d'un PAI** Oui\* Non

La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date : .....

**Allergie médicamenteuse** : .....Oui Non **Mise en place d'un PAI** Oui\* Non

La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date : .....

**Allergie à un animal / autre** : ..... Non **Mise en place d'un PAI** Oui\* Non

La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date : .....

**Asthme : cause** : .....Oui Non **Mise en place d'un PAI** Oui\* Non

La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date : .....

\*Joindre le PAI (Protocole Accueil Individualisé) à jour, joint de la médication éventuelle de l'enfant, visé du médecin traitant.

**RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX**

L'enfant est-il reconnu en situation de handicap ? Oui\* Non

L'enfant a-t-il un dossier MDPH ? Oui\*  en cours Non

\* Joindre Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)

L'enfant dispose des effets personnels suivants :

LUNETTES	LENTILLES	PROTHESES AUDITIVES	APPAREIL DENTAIRE	SEMELLE ORTHOPEDIQUE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

.....

.....

.....

Indiquer si l'enfant est dans la situation suivante :

Enurésie	Encoprésie	Menstruation
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

.....

.....

.....

**Autres informations utiles sur l'enfant (intolérance, angoisses...)** :

.....

.....

.....

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription et autorise le responsable ou ses délégués à prendre, en cas d'accident, toutes décisions d'hospitalisation et intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé, pour notre enfant.

- assure avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs ci-joint et s'engage à le respecter.

Fait à :	Le :	Signature responsable légal :
<p>Dans le cadre de l'application du Règlement Général de Protection des Données, dit « RGPD », est porté à votre connaissance que la collecte de vos données personnelles est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. Le service s'interdit d'utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. Vous avez le droit d'accès et le droit de rectification des données transmises en contactant la direction de l'accueil de loisirs.</p>		