

### Inscriptions

**(Cocher le ou les services souhaités)**

- Accueil de loisirs mercredi  
 Accueil de loisirs Vacances

### Documents à fournir

- Attestation quotient familial
- Attestation assurance responsabilité civile
- Photocopie carnet de vaccinations
- Fiche sanitaire de liaison
- Fiche enfance
- Photocopie du jugement de divorce ou séparation

### Enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin      Classe/Niveau : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Lieu de naissance : \_\_\_\_\_      Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse familiale :

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### E-mail :

**Important : votre adresse email vous permettra d'accéder à votre portail familles et facilitera ainsi les inscriptions et désinscriptions de vos enfants des services tout au long de l'année**

Responsable légal 1 (Père, mère, Foyer, Famille accueil...)	Responsable légal 2 (Père, Mère, Foyer, Famille accueil...)
Nom :	Nom d'usage :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Nom de naissance :
Adresse si différente de ci-dessus :	Date de naissance :
	Adresse si différente de ci-dessus :
Téléphone :	Téléphone :
Mobile :	Mobile :
E-mail :	E-mail :
N° Allocataire :	N° Allocataire :
Profession :	Profession :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
Tel. Professionnel :	Tel. Professionnel :

**Situation Familiale :**  Célibataire  Marié(e)/Pacsé(e)  En concubinage  Divorcé(e)/séparé(e)  Veuf(ve)

**Nombre Total d'enfants :** \_\_\_\_\_

**Nombre d'enfants à Charge :** \_\_\_\_\_

- Pour les parents séparés dont les 2 utilisent le portail Familles :** merci de cocher la case en fonction de votre situation :
- 1 seul dossier commun pour notre enfant (= un portail Familles = une facturation commune) : **cosignature OBLIGATOIRE**
- 1 dossier par parent (= deux portails familles = deux facturations). **Merçi de préciser :** j'ai mon enfant :
- les semaines paires       les semaines impaires

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les responsables légaux) et/ou personnes à contacter en cas d'urgence : cocher la/les cases correspondantes. Toute personne non inscrite sur le portail famille ou ci-contre ne sera pas autorisée à récupérer l'enfant. A REMPLIR IMPERATIVEMENT SUR VOTRE PORTAIL FAMILLE**

Nom	Prénom	Code postal/ Ville	Téléphone	Lien avec enfant	Sortie	A appeler en cas d'urgence
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATIONS Accueil Loisirs		Commentaires
Participation aux sorties dont j'ai eu connaissance, organisées dans le cadre de l'activité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Prise d'images et/ou film	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Diffusion d'images	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Prise en charge par son médecin traitant ou hospitalisation en cas d'accident ou de maladie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Transport de mon enfant, en cas de sortie dans un véhicule de la commune assuré à cet effet	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Consommation des mets fabriqués lors des activités « cuisine » dans le cadre de l'activité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Mon enfant scolarisé en <b>Elémentaire</b> peut partir seul Préciser l'heure de départ (Accueil de Loisirs) : .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du service.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du responsable légal

### Contact

Tel ligne directe : 04.74.20.57.10/ email : [education@lacotesaintandre.fr](mailto:education@lacotesaintandre.fr)






Image de l'enfant / Dessin

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Ce document est obligatoire. Il est à compléter par votre enfant ou avec vous en fonction de son âge. Ceci nous permettra de mieux le connaître pour bien l'accompagner au quotidien.

 <p><b>Je suis... Je vis...</b></p>	<p>Je m'appelle / Je me présente (ma famille, mes animaux de compagnie ...)</p>
 <p><b>J'aime</b></p>	<p>J'aime (de manière générale, mes activités, mes passions...)</p>
 <p><b>Il m'est difficile... Je n'aime pas...</b></p>	<p>Je déteste</p>
 <p><b>Pour mes repas...</b></p>	
 <p><b>Coucher, nuit</b></p>	<p>Ex : Je fais la sieste, j'ai besoin de mon doudou, je me couche à, mes rituels avant de dormir, pour bien dormir j'ai besoin de...</p>





**Dans ma relation avec l'autre...**

Avec mes copains

Avec les adultes

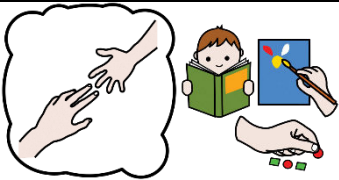
*(Exemple : je préfère rester seul, j'ai besoin de moment « que pour moi » ...)*



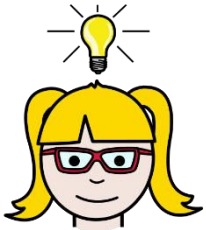
**Quand je suis contrarié, angoissé...**



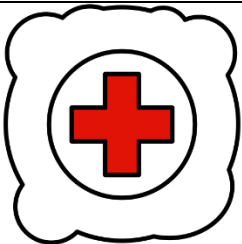
Comment peut-on m'aider dans ces moments-là ?



**Pour m'aider dans les activités...**



**Astuces et conseils**



**Vigilance au niveau de ma santé...**

# Fiche Sanitaire de Liaison 2024-2025

## 1- Enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Garçon  Fille

## 2- Vaccinations

- J'ATTESTE QUE MON ENFANT A BIEN RECU SES VACCINS OBLIGATOIRES : joindre copie du carnet de vaccination avec les 1ères injections obligatoires et les rappels en fonction de son âge.  
 SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 3- Renseignements médicaux concernant l'enfant

- Si l'enfant suit un traitement médical, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant*)

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher les cases)

Rubéole  Scarlatine  Rhumatisme articulaire aigu  
 Coqueluche  Oreillons  
 Varicelle  Rougeole

- Allergies :  Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  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

.....  
.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil d'Individualisé (P.A.I.) ?  Oui  Non

## 4- Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires :

.....  
.....

### REGIME ALIMENTAIRE

Sans restrictions  Sans porc  Sans viande

## 5- Responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel fixe et portable : ..... / .....

Nom et Téléphone du Médecin traitant : .....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :