

ENFANT		
NOM :	Prénom :	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Date et lieu de naissance :		
Ecole :	Classe :	Niveau :
Accueil de loisirs fréquenté : Précisez le nom de l'accueil ci-dessous		
Périscolaire :	Mercredi :	Vacances :
RESPONSABLES LEGAUX		
Responsable 1	Responsable 2	
NOM d'usage :	NOM d'usage :	
NOM de naissance :	NOM de naissance :	
Prénom :	Prénom :	
Date de naissance :	Date de naissance :	
Pays et Ville de naissance :	Pays et Ville de naissance :	
Lien : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	Lien : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :	
Adresse :	Adresse :	
Code postal - Ville :	Code postal - Ville :	
Situation familiale :	Situation familiale :	
Email :	Email :	
Profession :	Profession :	
Employeur :	Employeur :	
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :	
Portable :	Portable :	
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :	
N° d'allocataire CAF ou MSA :	N° d'allocataire CAF ou MSA :	
POUR LES PARENTS SÉPARÉS		
Une garde alternée est-elle en place : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>Si OUI, complétez obligatoirement le document ci-joint</b> À défaut, aucun planning de réservation garde alternée ne sera établi		
<b>IMPORTANT</b> : En cas de séparation ou divorce, l'enfant sera remis indifféremment au père ou à la mère, sauf si une décision juridique atteste de la déchéance de l'autorité parentale de l'un des parents.		
<b>Dans ce cas, fournir une copie de l'acte de justice.</b>		
PERSONNES A CONTACTER (autres que les parents)		
Contact	Contact	
NOM :	NOM :	
Prénom :	Prénom :	
Lien (Précisez) :	Lien (Précisez) :	
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :	
Portable :	Portable :	
Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE Joindre obligatoirement une attestation**

Assureur (nom et adresse)

Numéro du contrat :

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES****Autorisations**

**Partir seul** : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur la structure, une autorisation parentale datée et signée est obligatoire. **À joindre avec la fiche d'inscription.**  OUI  NON

**Prise de photos** : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée, à titre gratuit, dans le cadre des animations réalisées dans les différentes structures.  OUI  NON

**Diffusion de l'image** : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures sur différents supports de communication.  OUI  NON

**Prise de voix et vidéos** : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée, à titre gratuit, dans le cadre de reportages (web radio, interview, podcast, etc.) portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.  OUI  NON

**Hospitalisation** : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (prise en charge de mon enfant par les pompiers, etc.)  OUI  NON

**Autre : Pour les activités nautiques**Votre enfant sait-il nager ?  OUI  NONVotre enfant a-t-il le test d'aisance aquatique ?  OUI  NON

Pratiques alimentaires	Cochez
Repas classique	<input type="checkbox"/>
Repas sans porc	<input type="checkbox"/>
Repas sans viande	<input type="checkbox"/>
Repas intolérance alimentaire ( <b>Prendre contact avec l'accueil de loisirs</b> )	<input type="checkbox"/>

Médecin (Nom et adresse)

Téléphone

**Appareillage**

**Lunettes** : Votre enfant porte-t-il des lunettes ?  OUI  NON

**Appareil dentaire** : Votre enfant a-t'il besoin de porter un appareil dentaire ?  OUI  NON

**Appareil auditif** : Votre enfant a-t'il besoin de porter un appareil auditif ?  OUI  NON

**Allergies fournir OBLIGATOIREMENT un justificatif médical**

**Asthme**  OUI  NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :

**Médicamenteuse**  OUI  NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :

**Alimentaire**  OUI  NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :

**Autres**, précisez la cause et la conduite à tenir :

### Handicap

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?  OUI  NON

### P A I (projet d'accueil individualisé)

Votre enfant dispose-t-il d'un P A I ? **Si OUI joindre obligatoirement une copie du PAI**  OUI  NON

Vaccins ou <u>Joindre une copie des vaccinations</u>	Fait le	Date rappel
Diptérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite(DTCaP)		
Haemophilus influenzae b (Hib)		
Rougeole, Oreillons,Rubéole (ROR)		
Pneumocoque (PnC)		
Méningocoque C		
Tuberculose (BCG)		
Hépatite A		
Hépatite B (Hep B)		
Papillomavirus humains		
Grippe		
Varicelle		
Autre (Précisez) :		
Autre (Précisez) :		

Maladies	Date	Observation

Difficultés de santé - Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

## ATTESTATION

### Nous soussignons :

Responsable 1 : (Nom Prénom)

Responsable 2 : (Nom Prénom)

### Responsables légaux de l'enfant :

Nom Prénom de l'enfant :

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Certifions exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
  - Autorisons l'association Les Francas à consulter le Quotient Familial par le biais CDAP (Consultation des Données Allocataires par les Partenaires),
  - Autorisons notre enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, dans l'accueil de loisirs ou à l'extérieur y compris avec des déplacements (bus, à pied, etc.),
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Nous engageons à fournir les documents nécessaires à l'inscription (attestation d'assurance responsabilité civile, avis d'imposition ou attestation de quotient familial, vaccinations, PAI, notification d'aides aux temps libres CAF de l'année en cours),
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement de l'accueil de loisirs,
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir dès lors que l'enfant est pris en charge par un responsable autorisé,
- Règlement Général sur la Protection des Données : En remplissant ce formulaire, j'accepte que les informations fournies soient exploitées dans le cadre du fonctionnement des Francas.

Responsable 1	Responsable 2
Fait à	Fait à
Date	Date
Signature	Signature

### Documents à joindre obligatoirement

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Attestation quotient familial CAF ou MSA   | <input type="checkbox"/> Le document Garde alternée *                     |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance scolaire 2025-2026 | <input type="checkbox"/> Copie du Protocole Accueil Individualisé (PAI) * |
| <input type="checkbox"/> Copie des vaccinations                     | <input type="checkbox"/> Notification MDPH *                              |

\*si vous êtes concernés



**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte**