

# FICHE D'INSCRIPTION 2025- 2026

## L'ENFANT À INSCRIRE

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Âge

## COORDONNÉES

**Parent 1 :**

Nom :

Prénom :

**Situation familiale** (*rayez les mentions inutiles*) :  Marié(e)  divorcé(e)  vie maritale  célibataire  veuf(ve)  
**Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant merci de nous fournir un justificatif légal.**

**Tuteur / Famille d'accueil :**

Nom :

Prénom :

**Adresse de l'enfant :**

**Les numéros de téléphones :**

Nom :	Tél. :
Nom :	Tél. :
Numéro du jeune :	Tél. :

Adresse mail : @

## RÉGIME D'APPARTENANCE

CAF

N° d'allocataire :

Mon quotient familial :

**(Merci de nous joindre obligatoirement une copie de votre attestation de quotient familial CAF)**

MSA

N° d'allocataire :

Autre (précisez) :

## LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs sans Hébergement organisé par l'association Familles Rurales de Guissény.

## LES ACCOMPAGNANTS

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon(mes) enfant(s) à l'accueil de loisirs ou au retour de séjour :

Nom et prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

## DROIT À L'IMAGE

- J'autorise l'association à diffuser des photos de mon enfant sur leurs réseaux sociaux et leur site internet
- Je n'autorise pas l'association à diffuser des photos de mon enfant sur leurs réseaux sociaux et sites web.

## MALADIES

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?                       Oui                       Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (à préciser)	
OU Tétra coq					
B.C.G.					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**Vous pouvez nous joindre une copie du carnet de santé.**

## ALLERGIES

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Médicamenteuse		
Alimentaire			Autre :		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

## LES RECOMMANDATIONS UTILES ET RÉGIME ALIMENTAIRE

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre , précisez également si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires et si l'enfant à un régime alimentaire particulier :

	Oui	Non
L'enfant a-t-il une reconnaissance ou une allocation MDPH ou AEEH? Merci de nous fournir un justificatif		
L'enfant a-t-il un PAI ? Merci de nous fournir le document		

## LE MEDECIN TRAITANT

Nom :

Ville :

Téléphone :

## L'AUTORISATION PARENTALE

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'accueil, je soussigné(e)....., responsable légal(e) des enfants.....

(Barrez si non autorisé) :

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par l'accueil de loisirs,
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de mes enfants de l'accueil de loisirs,
- Autorise, en cas d'urgence, le directeur de l'accueil de loisirs à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de l'enfant,
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés,
- Autorise l'association à faire transporter mes enfants pour les besoins des activités de l'accueil de loisirs : en voiture individuelle (par les responsables de l'association ou par d'autres familles), en mini bus ou par des moyens de transports collectifs (cars, bus, trains, ...),
- Atteste avoir été informé(e) des modalités d'organisation du ou des mini-séjours auxquels mes enfants sont inscrits,
- Autorise Familles Rurales à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités de l'association pour la presse et les réseaux sociaux utilisés par la structure,
- Autorise Familles Rurales à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion à l'association. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant,
- Autorise Familles Rurales à accéder à mon dossier sur le site CAF PRO,
- Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Lu et approuvé,

Fait à

Le

Signature du responsable légal(e) :