

Dossier d'inscription

Activités
Séjours
Accueil de Loisirs

2025 · 2026



L'enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

FILLE GARÇON

Responsables légaux

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone
1		<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre	
2		<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre	
1	Adresse postale de facturation		
2	Adresse postale de facturation (si différente)		
1	Adresse mail de facturation		
2	Adresse mail de facturation (si différente)		

N°ALLOCATAIRE CAF MSA _____ QF _____

Merci de bien vouloir **fournir une attestation d'assurance**. La souscription d'une assurance couvrant les dommages corporels lors des activités extra-scolaires est **vivement recommandée**. En cas de changement de situation (coordonnées, Quotient Familial...), merci de nous en informer.

Vaccinations

L'inscription aux séjours ou à l'accueil de loisirs n'est possible que pour les enfants ayant satisfait aux vaccinations obligatoires et à jour de leurs rappels (sauf contre-indication médicale).

Merci de **fournir impérativement les photocopies du carnet de santé**, une attestation médicale de vaccins à jour ou un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

Droit à l'image OUI NON

J'autorise sans limitation d'itération et pour une durée maximale de 15 ans (si vous souhaitez la suspension de cette autorisation, il suffira de nous en informer), l'Association d'Animation du Beaufortain à prendre et exploiter des photographies ou vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant mon enfant dans le cadre des actions Enfance Jeunesse de l'association, pour tout usage de communication et d'information relatif à ses activités sur les supports suivants : supports papiers à diffusion locale (édition, exposition, plaquettes d'information), supports en ligne (site internet de l'association, réseaux sociaux de l'AAB) et dans les articles de presse (Journal Ensemble, Presse Quotidienne Locale et Régionale) **! Toute diffusion des photos par les parents hors du cadre familial est interdite.**

Règlement intérieur et facturation

- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs 3-17 ans, disponible à l'accueil et en ligne.
- J'ai compris que l'inscription de mon enfant n'est effective qu'après acquittement de l'adhésion à l'association.

Autorisation de sortie

J'autorise l'équipe d'animation à laisser partir seul mon enfant à la fin du temps d'accueil OUI NON

Indiquer les coordonnées des personnes autorisées à récupérer votre enfant (frères, sœurs, grands-parents, voisins...) :

NOM : _____ PRÉNOM : _____ TEL : _____
NOM : _____ PRÉNOM : _____ TEL : _____
NOM : _____ PRÉNOM : _____ TEL : _____
NOM : _____ PRÉNOM : _____ TEL : _____

- J'accepte que mes coordonnées soient communiquées aux familles des enfants inscrits les mêmes jours que le mien pour faciliter des solutions de covoiturage.

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 · 2026



L'enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

FILLE GARÇON

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? OUI NON

Si oui lequel : _____ (joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants)

⚠ Les médicaments doivent être fournis dans leur emballage d'origine, marqué au nom et prénom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance (même des médicaments en vente libre).

Vaccins obligatoires		Dates rappels	Vaccins recommandés	Dates	L'enfant a déjà eu les maladies suivantes ?	
Diphthérie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Hépatite B		Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Tétanos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Rubéole Oreillons Rougeole		Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Coqueluche		Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ou DTPolio	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		BCG		Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Autres (précisez)		Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Allergies		Cause(s) et conduite(s) à tenir			Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Alimentaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					

Il est **INDISPENSABLE** de nous communiquer les difficultés rencontrées par votre enfant afin de lui assurer le meilleur accueil possible par nos équipes. Si votre enfant nécessite un accompagnement ou une attention particulière, vous devez nous en informer afin de garantir des conditions d'accueil optimales pour l'ensemble des enfants.

⚠ Si besoin, vous pouvez demander la réalisation d'un P A I (Projet d'Accueil Individualisé), pour cela vous pouvez vous renseigner auprès de la directrice ou de la coordinatrice du service Enfance Jeunesse.

Merci d'indiquer ci-dessous les informations importantes relatives à la santé de votre enfant (maladie(s), accident(s), crises convulsives, hospitalisation(s), opération(s), rééducation(s), trouble(s) psychique(s) ou attentionnel(s), etc) **et les précautions à prendre** :

Informations complémentaires

Autres recommandations importantes : _____

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : _____

N° de sécurité sociale : _____

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Signature :