

# Francas 82

## Fiche d'inscription

### Année 2025-2026

#### L'ENFANT

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Genre : ☐ Fille ☐ Garçon  
 Date de naissance : .....  
 Age : .....  
 Classe de l'année : .....  
 Ecole : .....  
 Titulaire AEEH : ☐ oui ☐ non

#### DOMICILE

Adresse : .....  
 Complément : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....  
 E-mail : .....  
 Téléphone : .....

#### RESPONSABLE LEGAL 1

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Adresse identique à l'enfant : ☐ oui ☐ non  
 Si non, notez l'adresse : .....  
 E-mail : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Téléphone pro : .....  
 Autorité parentale : ☐ oui ☐ non

#### RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Adresse identique à l'enfant : ☐ oui ☐ non  
 Si non, notez l'adresse : .....  
 E-mail : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Téléphone pro : .....  
 Autorité parentale : ☐ oui ☐ non

#### PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT (autre que les responsables cités ci-dessus)

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

#### ASSURANCE ET REGIME SOCIAL

Nom de la compagnie de l'assurance scolaire et extrascolaire : .....  
 Numéro du contrat : .....

#### Allocataire CAF ☐ MSA ☐

Quotient familial : .....  
 Numéro allocataire CAF : .....  
 N° de Sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché-e : .....

#### AUTORISATIONS :

Je soussigné-e, .....  
 responsable légal-e de l'enfant .....

- autorise l'association à la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant qui auront été prises dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs/séjour de vacances ☐ oui ☐ non

- autorise la diffusion et la publication de photographies, vidéos, enregistrements, le représentant dans le cadre strictement énoncé ci-après : sur tout support de communication et d'information du projet associatif et des activités et notamment la presse écrite, site internet et réseaux sociaux. L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique). Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation précisée. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile. ☐ oui ☐ non

- autorise l'association à m'envoyer des informations par mail ☐ oui ☐ non

- autorise l'association à m'envoyer les factures par mail ☐ oui ☐ non

- autorise l'association, à transporter mon enfant pour effectuer les trajets liés aux activités et séjours ☐ oui ☐ non

# Fiche Sanitaire 2025-2026

<b>Vaccinations</b> <i>Se référer au carnet de santé ou bien joindre directement les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé.</i>	<b>DATE DU DERNIER RAPPEL</b>	<b>NOM DU VACCIN</b>
Vaccination antituberculeuse : B.C.G.		
Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'Haemophilus influenzae b		
Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque		
Vaccination contre l'hépatite B		
Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (measles, mumps, rubella)		
Autres vaccinations : .....		

## Renseignements médicaux sur l'enfant et recommandations des parents

**Est-ce que l'enfant suit un traitement médical ?** ☐ oui ☐ non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées avec le nom de l'enfant, avec la notice), le PAI le cas échéant.*

*Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.*

Nom du médecin traitant : ..... Numéro de téléphone : .....

- **Régime alimentaire particulier :** ☐ oui ☐ non. Précisez : .....

- **Votre enfant est-il porteur de handicap :** ☐ oui ☐ non. Précisez : .....

- **Votre enfant a-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) :** ☐ oui ☐ non. Précisez : .....

- **Votre enfant a-t-il des besoins particuliers :** ☐ oui ☐ non. Précisez : .....

- **ASTHME :** ☐ oui ☐ non. Précisez : .....

- **ALLERGIES ALIMENTAIRES :** ☐ oui ☐ non. Précisez : .....

- **ALLERGIES MEDICAMENTEUSES :** ☐ oui ☐ non. Précisez : .....

**Y'a-t-il d'autres recommandations ou précautions à prendre ou d'informations d'intérêt pour l'organisateur ?**

(lunettes, lentilles, prothèse, énurésie...)

.....

.....

.....

.....

## Autorisation de soins médicaux et hospitalisation

Je soussigné-e, ....., responsable légal-e de l'enfant, ....., autorise les responsables du centre de loisirs des Francas 82 à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par son état de santé.

Signature :

Je soussigné-e, ....., responsable légal-e de l'enfant, ..... certifie exacts les renseignements portés sur ce document (2 pages recto-verso).

Le ..... / ..... / .....

**Signature du/des représentant-es légal-es :**