

# 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

Vaccinations <i>Se référer au carnet de santé ou bien joindre directement les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé.</i>	DATE DU DERNIER RAPPEL	NOM DU VACCIN
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 :**