



Association Culturelle  
Loisirs Enfance et Familles

**ACCUEILS PERISCOLAIRE,  
CANTINE ET/OU  
CENTRE DE LOISIRS  
De Behren Les Forbach  
Année Scolaire 2020-2021**

## FICHE D'INSCRIPTION

### Enfant Inscrit

Nom : .....

Prénom : .....

Né (e) le : ..... Age:

Lieu de naissance : .....

Sexe : Masculin  Féminin

Ecole : .....

Classe : .....

### COORDONNEES FAMILLE

**Nom - Prénom du Père :** .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél Fixe : ..... Tél Portable : .....

E-mail : .....

Responsable Légal de l'Enfant :  OUI  NON

Profession : ..... Employeur : .....

Tél Employeur : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Allocataire CAF (7 chiffres) : .....

Quotient Familial en cours : ..... Euros (justificatif joint)

**Nom - Prénom de la Mère :** .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél Fixe : ..... Tél Portable : .....

E-mail : .....

Responsable Légal de l'Enfant :  OUI  NON

Profession : ..... Employeur : .....

Tél Employeur : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Allocataire CAF (7 chiffres) : .....

Quotient Familial en cours : ..... Euros (justificatif joint)

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée (personne responsable) : .....  
certifie inscrire mon enfant : ..... aux accueils  
périscolaire, cantine et/ou centre de loisirs (mercredis éducatifs et/ou vacances  
scolaires) de Behren Les Forbach suivant la ou les fiches annexées ci-jointes.

J'ai pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de l'accueil.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils de loisirs, notamment les activités nautiques.
  - J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif (bus, minibus...) dans le respect de la législation en vigueur.
  - J'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.
- J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant réalisées dans le cadre de l'accueil périscolaire et ne portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée. (1)

OUI

NON

- J'autorise l'accès à mon dossier individuel CAF PRO (dans le cas où l'attestation de droit CAF ne serait pas fourni) (1)

OUI

NON

(1) Cochez la mention choisie

**Je signale le régime particulier alimentaire suivant pour mon enfant :**

.....

Fait à ..... le .....

Signature personne responsable :

## AUTORISATION DE DEPART

Je soussigné(e) nom, prénom : .....

Agissant en qualité de responsable légal (e) de l'enfant :

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

Autorise mon enfant à quitter seul le ou les Accueils

N'autorise pas mon enfant à quitter seul le ou les Accueils et dans ce cas j'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

|   | NOM | PRENOM | ADRESSE | TELEPHONE |
|---|-----|--------|---------|-----------|
| 1 |     |        |         |           |
| 2 |     |        |         |           |
| 3 |     |        |         |           |
| 4 |     |        |         |           |

Observations particulières : .....  
.....

Le :  
Signature :



1 - L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Photocopies obligatoires

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |                            | BCG                        |       |
| Ou Tétracoq          |                            | Autres (préciser)          |       |

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

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au centre de loisirs ou pendant le séjour ? Oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| RUBÉOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                   | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   |

ALLERGIES : ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES .....

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

---



---

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

---

---

---

**Indiquez ci-après:**

**Les difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE :**      SAIT NAGER       SE DEBROUILLE       NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_