

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

☐ Fille ☐ Garçon

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____

École : _____

Classe : _____

Niveau : _____

ACCUEIL DE LOISIRS FRÉQUENTÉ : Précisez le nom de l'accueil ci-dessous



Périscolaire : _____



Mercredi : _____



Vacances : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE 1

Nom : _____

Nom de naissance (si différent) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____ Pays : _____

Lien : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (Précisez) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Situation familiale : _____

 Téléphone : _____

 Email : _____

Profession : _____

Employeur : _____

N° d'allocataire CAF ou MSA : _____

RESPONSABLE 2

Nom : _____

Nom de naissance (si différent) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____ Pays : _____

Lien : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (Précisez) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Situation familiale : _____

 Téléphone : _____

 Email : _____

Profession : _____

Employeur : _____

N° d'allocataire CAF ou MSA : _____



POUR LES PARENTS SÉPARÉS

Une garde alternée est-elle en place ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, complétez obligatoirement le document ci-joint.

À défaut, aucun planning de réservation garde alternée ne sera établi.



IMPORTANT : En cas de séparation ou divorce, l'enfant sera remis indifféremment au père ou à la mère, sauf si une décision juridique atteste de la déchéance de l'autorité parentale de l'un des parents.
Dans ce cas, fournir une copie de l'acte de justice.

PERSONNES À CONTACTER (autres que les parents)

CONTACT 1

Nom : _____

Prénom : _____

Lien (Précisez) : _____

 Téléphone : _____

☐ Appel en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant

CONTACT 2

Nom : _____

Prénom : _____

Lien (Précisez) : _____

 Téléphone : _____

☐ Appel en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant



Assureur (nom et adresse) :

Numéro du contrat :



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

AUTORISATIONS



Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur de la structure, une autorisation parentale datée et signée est obligatoire. À joindre avec la fiche d'inscription.

☐ OUI ☐ NON



Prise de photos : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée, à titre gratuit, dans le cadre des animations réalisées dans les différentes structures.

☐ OUI ☐ NON



Diffusion de l'image : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures sur différents supports de communication.

☐ OUI ☐ NON



Prise de voix et vidéos : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée, à titre gratuit, dans le cadre de reportages (web radio, interview, podcast, etc.) portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.

☐ OUI ☐ NON



Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (prise en charge de mon enfant par les pompiers, etc.).

☐ OUI ☐ NON



POUR LES ACTIVITÉS SPORTIVES ET NAUTIQUES

Votre enfant peut-il pratiquer des activités sportives ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant sait-il nager ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant a-t-il le test d'aisance aquatique ? ☐ OUI ☐ NON



PRATIQUES ALIMENTAIRES

- ☐ Repas classique
- ☐ Repas sans porc
- ☐ Repas sans viande
- ☐ Repas intolérance alimentaire (prendre contact avec l'accueil de loisirs)



MÉDECIN (nom, adresse, téléphone)

Nom :

Adresse :

Téléphone :



APPAREILLAGE

Lunettes : Votre enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ OUI ☐ NON

Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? ☐ OUI ☐ NON

Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? ☐ OUI ☐ NON

Orthèse : Votre enfant porte-t-il des semelles orthopédiques ? ☐ OUI ☐ NON

ALLERGIES À fournir OBLIGATOIREMENT un justificatif médical



Asthme ☐ OUI ☐ NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :



Médicamenteuse ☐ OUI ☐ NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :



Alimentaire ☐ OUI ☐ NON

Si OUI précisez la cause et la conduite à tenir :



Autres, précisez la cause et la conduite à tenir :



Merci de remplir cette fiche avec soin et de signaler tout changement en cours d'année.

TOUTES LES INFORMATIONS RESTENT CONFIDENTIELLES.



 HANDICAP

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant bénéficie t-il de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ? ☐ OUI ☐ NON

 P.A.I (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ)

Votre enfant dispose-t-il d'un P.A.I ? ☐ OUI ☐ NON

 Si OUI, joindre obligatoirement une copie du PAI.

 VACCINS (Joindre une copie des vaccinations)

VACCINS	FAIT LE	DATE RAPPEL
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCaP)		
Haemophilus influenzae b (Hib)		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Pneumocoque (PnC)		
Méningocoque ACWY		
Méningocoque B		
Tuberculose (BCG)		
Hépatite A		
Hépatite B (Hep B)		
Papillomavirus humains (HPV)		
Grippe		
Varicelle		
Rotavirus		
Autre (Précisez) : _____		
Autre (Précisez) : _____		

 MALADIES ANTÉRIEURES

MALADIES	DATE	OBSERVATION

 DIFFICULTÉS DE SANTÉ / CONTRE-INDICATIONS

DIFFICULTÉS DE SANTÉ / CONTRE-INDICATIONS	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	OBSERVATION

 Merci de remplir cette fiche avec soin et de signaler tout changement en cours d'année.
TOUTES LES INFORMATIONS RESTENT CONFIDENTIELLES.





ATTESTATION

Nous soussignons :

Responsable 1 : (Nom Prénom)

Responsable 2 : (Nom Prénom)

Responsables légaux de l'enfant :

Nom Prénom de l'enfant :

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Certifions exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Autorisons l'association Les Francas à consulter le Quotient Familial par le biais CDAP (Consultation des Données Allocataires par les Partenaires),
- Autorisons notre enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, dans l'accueil de loisirs ou à l'extérieur y compris avec des déplacements (bus, à pied, etc.),
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Nous engageons à fournir les documents nécessaires à l'inscription (attestation d'assurance responsabilité civile, avis d'imposition ou attestation de quotient familial, vaccinations, PAI, notification d'aides aux temps libres CAF de l'année en cours),
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de l'encadrement de l'accueil de loisirs,
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir dès lors que l'enfant est pris en charge par un responsable autorisé,

Règlement Général sur la Protection des Données : En remplissant ce formulaire, j'accepte que les informations fournies soient exploitées dans le cadre du fonctionnement des Francas et de la Collectivité ;

 Responsable 1	 Responsable 2
Fait à	Fait à
Date	Date
Signature	Signature

DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- ☐ Attestation quotient familial CAF ou MSA
- ☐ Attestation d'assurance scolaire 2026-2027
- ☐ Copie des vaccinations

- ☐ Le document Garde alternée *
- ☐ Copie du Protocole Accueil Individualisé (PAI) *

*si vous êtes concernés



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

