

## DEPART DE L'ENFANT

Votre enfant rentrera-t-il seul ?

Oui

Non

Si non, avec qui l'enfant peut-il partir ? (Vous pouvez indiquer plusieurs personnes)

Noms, Prénoms : .....

.....

.....

.....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) M., Mme, Melle .....

Autorise

N'autorise pas

l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant pour réaliser un film ou une exposition utilisée exclusivement à des fins pédagogiques.

Date :

Signature :

## REMARQUE :

.....

.....

.....



# ACCUEIL DE LOISIRS

## DOSSIER D'INSCRIPTION

pour les enfants de GLISY

du 20 au 24 Octobre 2025

soit 5 jours, pour un total de 37,50 euros



A retourner en mairie pour le **05 Octobre 2025**

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Sexe : M  F

Ecole : ..... Classe : .....

## QUALITE DU RESPONSABLE LEGAL

Père  Mère  Tuteur

Nom et Prénom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable (s) : .....

Adresse mail : .....

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Père : (Nom /Prénom)<br>.....         | Mère : (Nom/Prénom)<br>.....          |
| Profession<br>.....                   | Profession<br>.....                   |
| Adresse et lieu de travail<br>.....   | Adresse et lieu de travail<br>.....   |
| Téléphone du lieu de travail<br>..... | Téléphone du lieu de travail<br>..... |

## EN CAS D'URGENCE ET PARENTS ABSENTS, PERSONNE A PREVENIR

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## PIECES A FOURNIR :

- Copie des vaccins à jour
- Fiche médicale remplie (ci-jointe)
- Justificatif du quotient familial
- Règlement par chèque à l'ordre du trésor public

N° de sécurité sociale : .....

Régime d'allocations familiales : .....

C.A.F  M.S.A  Autres  : précisez : .....

N° d'allocataire (indispensable) : .....

Adresse de la caisse d'allocations : .....

## ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Nom : .....

N° de la police d'assurances : .....

MUTUELLE : .....

Adresse : .....

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

***Sans ces documents, l'inscription de votre enfant ne sera pas prise en compte.  
Toute inscription sera définitive et due, seul le certificat médical permettra un remboursement.***



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG.

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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical 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 ?

Form for medical history with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, \_\_\_\_\_ 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES