

**INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES - ANNÉE 2023/2024**

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : F M

École fréquentée en septembre 2023 : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire en septembre 2023 :

École maternelle :	PS	MS	GS	<i>Fait la sieste</i>	
École élémentaire :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2

**RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT**

AUTORITE PARENTALE Conjointe Exclusive

En cas de séparation ou divorce, un document juridique précisant le lieu de résidence et de garde de l'enfant est à joindre obligatoirement au dossier**RESPONSABLE LÉGAL 1 / TUTEUR**

Madame Monsieur

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LÉGAL 2**

Madame Monsieur

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

RÉGIME CAF MSA

Nom de l'allocataire : \_\_\_\_\_ Numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

ASSURANCE Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_ Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

**CONTACTS DE LA FAMILLE** (autre que les responsables légaux)

NOM – PRÉNOM	LIEN avec l'enfant	TÉLÉPHONE	Personne à contacter en cas d'urgence <small>(autre que les responsables légaux 1 et 2)</small>	Personne autorisée à venir chercher l'enfant <small>(autre que les responsables légaux 1 et 2)</small>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ALIMENTATION DE L'ENFANT**

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Aucun

Sans Porc

Sans Viande

Sans Bœuf

➤ En cas de régime alimentaire spécifique, aucun repas de substitution n'est proposé.

Votre enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) concernant l'alimentation ? Oui Non

➤ Si OUI, P.A.I. à fournir obligatoirement.

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

Les informations suivantes sont demandées selon l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles

### VACCINATIONS

Se référer au **carnet de santé** de l'enfant pour remplir le tableau ci-dessous

VACCINATIONS OBLIGATOIRES			
	Oui	Non	Date du dernier rappel
Enfant né <b>AVANT</b> le 1 <sup>er</sup> janvier 2018			
➤ Vaccination contre la Diphtérie Tétanos Poliomyélite			___ / ___ / ___
Enfant né <b>APRÈS</b> le 1 <sup>er</sup> janvier 20018			
➤ Vaccination contre la Diphtérie Tétanos Poliomyélite, la Coqueluche, l'Haemophilus Influenzae b, l'Hépatite B			___ / ___ / ___
➤ Vaccination contre les Infections à pneumocoque			___ / ___ / ___
➤ Vaccination contre la Méningocoque de séro groupe C			___ / ___ / ___
➤ Vaccination contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole			___ / ___ / ___
VACCINATIONS RECOMMANDÉES			
Vaccination antituberculeuse BCG			___ / ___ / ___

### ALLERGIES

	Oui	Non	Si oui, préciser
Alimentaires			_____
Médicamenteuses			_____
Autres (animaux, pollen, plantes...)			_____

**Antécédents médicaux ou chirurgicaux, éléments d'ordre médical et autres recommandations nécessaires** susceptibles d'avoir des répercussions sur le bon accueil de votre enfant :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un **P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) concernant une **maladie** ou un **handicap** ? Oui Non

➤ Si OUI, **P.A.I. à fournir obligatoirement.**

Votre enfant est-il suivi par la **M.D.P.H.** (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ? Oui Non

Votre enfant suit-il un **TRAITEMENT MÉDICAL** qui nécessite une prise sur le temps de l'accueil de loisirs ? :

Oui Non

➤ Si OUI, fournir **obligatoirement** une **ordonnance récente** et les **médicaments correspondants** (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

- ✓ autorise la ville de Castelsarrasin à utiliser les photos et vidéos de mon enfant dans un but informatif ou événementiel afin de promouvoir les activités de l'accueil de loisirs organisées par la ville sur ses différents supports. Oui Non
- ✓ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer au service tout changement par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.
- ✓ autorise le directeur ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Castelsarrasin, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

SIGNATURE  
Responsable légal 1

SIGNATURE  
Responsable légal 2