

Inscription Année 2026 - Accueil de Loisirs Primaire du Pays d'Orthe

ENFANT : garçon ☐ fille ☐

Nom : Prénom :

Date et **LIEU de NAISSANCE** :

École fréquentée : Classe :

RESPONSABLES LÉGAUX :

vie maritale ☐ ; mariés ☐ ; séparés ☐ ; divorcés ☐ ; célibataire ☐ ; famille d'accueil ☐

Dans les cas de garde partagée, renseigner en « Responsable 1 » les informations de la personne qui procède à l'inscription de l'enfant.

RESPONSABLE 1 :

NOM / Prénom :

Profession : Employeur :

Date de Naissance : **LIEU de NAISSANCE** :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : / / / / - Travail : / / / /

@mail (en MAJUSCULES) :

Conjoint(e) :

NOM / Prénom :

Portable : / / / / - Travail : / / / /

RESPONSABLE 2 :

NOM / Prénom :

Profession : Employeur :

Date de Naissance : **LIEU de NAISSANCE** :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : / / / / - Travail : / / / /

@mail (en MAJUSCULES) :

Conjoint(e) :

NOM / Prénom :

Portable : / / / / - Travail : / / / /

ORGANISMES :

Suivi éducatif : Organisme Nom éducateur : Téléphone : / / / /

Prise en charge financière par le C.D (Conseil Départemental) ou l'UDAF oui ☐ non ☐

FACTURATION :

Nom de la Caisse d'Allocations Familiales : N°Allocataire : Identité allocataire : père ☐ mère ☐

Montant du Quotient Familial au mois d'**Octobre 2025** (pour la CAF) ou **Novembre 2025** (MSA) :

Avez-vous la « Carte d'Identité Vacances » de la CAF ou le « Bon Vacances » de la MSA ? OUI ☐ – NON ☐

Nombre d'enfants à charge :

Débiteur principal (Personne qui règlera les frais de séjour) : Responsable 1 : ☐ OU Responsable 2 : ☐ (1 seule personne)

ASSURANCES OBLIGATOIRES à renouveler chaque année : Individuelle Accidents Corporels **EXTRASCOLAIRE** ET
Responsabilité Civile **EXTRASCOLAIRE**

ATTENTION : Pour les assurances scolaires, les dates de FIN de validité doivent être INDIQUEES sur les attestations. Il doit être PRÉCISÉ si les garanties se terminent au dernier jour de l'année scolaire ou à la veille de la rentrée N+1.

PERSONNE(S) HABILITÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT (3 AU MAXIMUM) :

Nom : Prénom : Qualité : Tél. :

Nom : Prénom : Qualité : Tél. :

Nom : Prénom : Qualité : Tél. :

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Accueil de Loisirs et m'engage à le respecter. Il m'a été envoyé par mail et est disponible sur demande sous format papier. Il est également affiché à l'entrée du Centre.

Signature du/des Responsables légaux

Pièces à fournir avec le dossier PAPIER :

* Pour les Allocataires CAF : Carte Identité
Vacances 2026 ou à défaut

Quotient Familial d'OCTOBRE 2025.

* Pour les Allocataires MSA : Quotient Familial
de NOVEMBRE 2025 ET Bon Vacances 2026.

* Copie du PAI (s'il en existe un)

ET trousse de soins

ET ordonnance

ET Autorisation parentale d'administration des
médicaments.

Pièces à fournir EN PLUS dans les E-Docu- ments :

* Copie carnet de vaccination (DT-Polio à jour).

* Attestations d'assurance **EXTRASCOLAIRES**
2025/2026 (Responsabilité Civile ET Individuelle
Accidents Corporels) **mentionnant les dates de**
validité (Début ET FIN).

* Extrait du Jugement des Affaires Familiales
concernant la garde des enfants pour les pa-
rents séparés.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - VACCINATIONS : Merci de porter le carnet de santé ou de fournir la copie des vaccinations. Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

2 – L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

Médicamenteuses	OUI	NON
Alimentaires	OUI	NON
Asthme	OUI	NON
Autres :		

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX concernant l'Enfant (Existence d'un PAI, Régime Alimentaire particulier, Traitement de fond, ...) :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (**fournir le PAI s'il existe**)

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....

.....

.....

NOM, Téléphone et adresse du médecin traitant :

4- RENSEIGNEMENTS PEDAGOGIQUES concernant l'Enfant : Lors des temps SCOLAIRES, existence d'un ACCOMPAGNEMENT et/ou d'un SUIVI particulier (présence d'une AESH, Soins en Hôpital de Jour,...) :

5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....

.....

6 – AUTORISATIONS SPECIFIQUES

Je soussigné(e) autorise mon enfant..... à :

A rentrer au domicile seul	OUI -- NON
Participer aux sorties pédagogiques organisées par l'accueil de loisirs	OUI -- NON
A bénéficier des soins et des transports d'urgence si besoin est	OUI -- NON
Être photographié par l'équipe d'animation dans le cadre des activités du Centre de Loisirs	OUI -- NON
Apparaître sur le site de la Communauté de Communes et les pages Facebook de la structure d'accueil	OUI -- NON
A bénéficier des transports dans le cadre des activités	OUI -- NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

Date :

Signature :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à :

- L'équipe pédagogique pour pouvoir vous joindre en cas d'urgence,
- Calculer la tarification en fonction de votre Q.F.,
- Percevoir les aides des différentes caisses allocataires,
- Répondre à la réglementation relative aux Accueils Collectifs de Mineurs apparaissant dans le code de l'action sociale des familles, ayant comme 1^{er} objet la protection et la sécurité des mineurs.

Les destinataires des données sont : le service enfance jeunesse, la CAF, la MSA, le C.D, le SDJES, les différents services médicaux en cas d'urgence et/ou de contrôle. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au bureau de l'Accueil de Loisirs.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.