

Accueil de loisirs de Breuil-le-Vert

DOSSIER D'INSCRIPTION Année 2026	L'enfant : Né(e) le _____ à _____ Age : _____
---	---

Les parents ou tuteur légal :

Madame :

Adresse :

Téléphone

Mobile :

Profession :

Société :

Tel. Pro. :

E-mail :

Monsieur :

Téléphone :

Mobile :

Profession :

Société :

Tel. Pro. :

E-mail :

N° Allocataire :

CAF ☐

MSA ☐

AUTRE ☐

Régime :

Pièces à Fournir :

☐
☐
☐
☐
☐

Photocopie du livret de famille

Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à défaut de numéro CAF

Fiche sanitaire signée et complétée (avec la photocopie des vaccins)

Photocopie de la carte de mutuelle (non obligatoire)

Formulaire de consentement de traitement des données

Informations à l'inscription :

- Le dossier est valable pour tous les accueils de la structure

- La réservation des accueils est obligatoire en plus du dossier d'inscription

- En cas de réinscription, aucun impayé ne doit être constaté

- L'inscription entraîne l'acceptation sans conditions du règlement intérieur et des modalités administratives

Date et Signature :

AUTORISATIONS

Autorisations médicales

- ☐ J'autorise l'organisateur à :
- Prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, notamment l'hospitalisation et l'anesthésie générale
 - Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt
 - Récupérer mon enfant à la sortie d'une consultation ou d'un soin pratiqué dans un établissement ou chez un médecin si je n'ai pas les moyens d'être présent (ex : séjour).

Activités, sorties, séjours

- ☐ J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités, sorties et mini séjours organisés dans le cadre des accueils de loisirs.

Transport

- ☐ J'autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés adaptés par l'organisateur pour les activités ou en cas d'accident (bus, transport en commun, voiture, minibus).

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant, départ du centre

- ☐ J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Parenté

Notes importantes

- Toute autre personne devra avoir une autorisation écrite signée de la main du responsable légal.
- En cas de litige concernant la garde de l'enfant, vous devez nous fournir une photocopie de la décision de justice

- ☐ J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs en mon absence (à défaut de précision dans le règlement intérieur, l'âge est de 7ans minimum) - L'enfant repart seul si personne n'est venu le chercher -
- ☐ J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs (à défaut de précision dans le règlement intérieur, l'âge est de 7ans minimum).
- ☐ J'autorise l'accueil de loisirs à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'école si son accueil n'a pas été réservé et j'ai connaissance de l'application d'une majoration.

Droit à l'image

- ☐ J'autorise l'association ILEP à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des activités de communication (plaquettes, site internet, affiches, messagerie Kaizala, etc.).
- ☐ J'autorise l'association ILEP à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des expositions au centre de loisirs.

Je soussigné, tuteur légal de l'enfant, _____, déclare:

- exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et la fiche sanitaire
- avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de la structure
- avoir été informé(e) de la possibilité de souscrire une assurance à la personne supplémentaire (prise en charge d'accident sans responsabilité d'un tiers).

Date et Signature :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DES DONNEES

L'association ILEP collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino'Web. Ce logiciel permet la gestion de structures scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant :

☐

accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants

☐

n'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants*

Cochez la cas qui correspond à votre choix.

**: En cas de refus, nous vous demandons de vous adresser à l'association ILEP*

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante: dpo@ilep-picardie.com

Date et Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐**1 – VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.****Pour rappel :** Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

VACCINS OBLIGATOIRES	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u> <u>ou obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018</u>
Diphtérie	Hépatite B *
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque *
	Méningite Hib*
	Autres :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / périscolaires ? 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.****ALLERGIES ALIMENTAIRES* :**OUI ☐ NON ☐**HANDICAP* :** MOTEUROUI ☐ NON ☐ si oui, précisez :

MENTAL

OUI ☐ NON ☐ si oui, précisez :

* S'il existe des **problèmes médicaux liés à l'alimentation** (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...) **ou à des besoins spécifiques d'accueil**, **un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire** devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. S'il existe un PAI, une copie de ce dernier est jointe afin de servir de base au PAI Périscolaire. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.

AUTRES ALLERGIES (médicamenteuses, etc.)OUI ☐ NON ☐Précisez la cause et la réaction de l'allergie + **joindre un certificat médical :**

.....

Conduire à tenir :

.....

.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre. ☐ OUI ☐ NON (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

.....
.....

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	OREILLONS
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

.....
.....

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

.....
.....

4 -REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? (Hors allergie) OUI ☐ NON ☐

Si oui, lequel ?

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable N °1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

Responsable N °2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

☐ J'autorise l'organisateur à :

- Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt

- Récupérer mon enfant à la sortie d'une consultation ou d'un soin pratiqué dans un établissement ou chez un médecin si je n'ai pas les moyens d'être présent (ex : séjour).

Date :

Signature du responsable n°1

Signature du responsable n°2