

## FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027

*Fiche Individuelle Enfant*

Photo

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

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

Fille :  Garçon :

**INSCRIPTION : En cas de séparation, chaque parent fait son dossier et indique l'autre comme personne autorisée à récupérer l'enfant.**

**Situation des parents :**  Marié  Pacsé  Divorcé  Séparé  Célibataire  Veuf(ve)  Concubins

### COMPOSITION DU FOYER

#### Responsable du dossier :

Père  Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Quartier : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Profession : .....

Téléphone Pro : .....

Lieu de travail : .....

Père  Mère  Autre : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Quartier : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Profession : .....

Téléphone Pro : .....

Lieu de travail : .....

### COMPLÉMENTS D'INFORMATIONS

BÉNÉFICIAIRE DE L'AEH (CAMPS, CMP, CMPP, HÔPITAL DE JOUR) <i>Si Oui fournir une notification AEH de la CAF</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMPS, CMP, CMPP, HÔPITAL DE JOUR)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ENFANT PORTEUR D'UN PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) <i>Si Oui fournir PAI</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE	<input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> VÉGÉTARIEN

### AUTORISATIONS

Appliquer crème solaire / Maquillage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation Consultation Quotient Familial	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation d'Hospitalisation / Urgence	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation Baignade	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de Transport	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de sortie organisées par la structure	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de Filmer/Photographier	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de diffusions d'images interne IFAC	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de diffusions d'images Presse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de sortir seul de la structure <i>(Attestation d'autorisation sur le site internet)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM/PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE FAMILLE

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, à retrouver sur notre site, <https://grasse.ifac.asso.fr>**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par les structures dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans.

**Je m'engage à signaler tout changement de situation** concernant l'enfant (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance...) ou du/des responsable(s) (coordonnées, modalités d'autorité parentale...).

Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le ou la responsable de structure. Chaque responsable légal est notamment informé que, conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations qu'il communique par le biais de ce formulaire sont nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées au ou à la responsable de structure, en tant que responsable du traitement, à des fins de gestion administrative des services utilisés.

**Signature du ou des Responsable(s)**

Fait à .....

Le.....

### PIÈCES OBLIGATOIRES – 1<sup>ère</sup> inscription + réinscription

- Fiche sanitaire complétée et signée
- Photocopie du carnet de vaccination à jour
- Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire, périscolaire et extrascolaire, responsabilité civile + individuelle accident
- Photocopie de l'attestation du quotient familial de moins de 3 mois (CAF ou MSA), ou à défaut les derniers avis d'imposition du foyer (N-2)
- Justificatif de domicile (Eau, Electricité ou Bail) de moins de 3 mois ou attestation de l'employeur
- Justificatif du jugement si autorisation parentale exclusive**
- Personne hébergée : Carte d'identité de l'hébergeant, justificatif de domicile (EDF ou EAU) et attestation d'hébergement
- Si PAI fournir le dossier **Obligatoire**
- Si bénéficiaire de l'AEEH fournir une notification de la CAF **Obligatoire**
- Si inscription séjour, fournir attestation VACAF **Obligatoire**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

PRENOM : .....

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
 .....  
 .....

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination



NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

**1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non		
Diphthérie			Coqueluche	
Tétanos			Haemophilus	
Poliomyélite			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
			Hépatite B	
			Pneumocoque	
			BCG	
			Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

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

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 administré sans ordonnance.