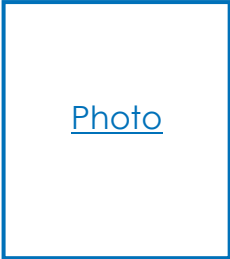




FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027

Fiche Individuelle Enfant



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^{ère} 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**



Tél : 09 86 04 02 83

contact.grasse@dso.ifac.asso.fr

<https://grasse.ifac.asso.fr>

IFAC GRASSE ANIMATION

6 Avenue Louis Cauvin

06130 GRASSE

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

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	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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.

