

# Dossier d'inscription à l'Accueil de loisirs de FLIXECOURT 2026

(Merci de remplir UN formulaire par enfant et TOUTES les rubriques)

Enfant NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : / / à ..... Age : .....

Adresse (complète) : .....

○ ○

**Photo**

Établissement scolaire : ..... Classe : .....

Nom et N° d'assurance de l'enfant : .....

| Renseignements     | Le Père   | La mère  |
|--------------------|---|--|
| Nom – Prénom       |   |  |
| Né(e) le           |   |  |
| Adresse            |   |  |
| N° de téléphone    |   |  |
| Mail               |   |  |
| Profession         |   |  |
| N° tél employeur   |   |  |
| Régime affiliation | <input type="checkbox"/> Général (CAF) et assimilés n° : .....<br><input type="checkbox"/> MSA n° : ..... | <input type="checkbox"/> Général (CAF) et assimilés n° : .....<br>MSA n° : ..... |

En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir en priorité est : le père  / la mère

Autre personne : Nom et Prénom, lien avec l'enfant : .....

Tél : .....

Adresse : .....

Je soussigné(e) M, Mme ..... responsable légal de l'enfant :

**SORTIE DU CENTRE**

L'autorise à rentrer seul à : 12h00 et / ou 17h00

OU  Autorise : M, Mme, Melle ..... En qualité de .....

M, Mme, Melle ..... En qualité de .....

M, Mme, Melle ..... En qualité de .....

**À reprendre mon enfant**

OU  Nous viendrons le rechercher tous les jours

Je soussigné(e)..... (Nom prénom) :  
(cocher les cases souhaitées) :

Déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des Accueils de Loisirs organisés par la Commune et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et la direction. Décharge ces derniers de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre.

Autorise les organisateurs et la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...)

Autorise la prise de photographies ou d'images vidéo de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités du centre. L'image pourra être utilisée pour une durée de 2 ans à compter de la fin de l'accueil de votre enfant au sein du centre de loisirs.

## Renseignements concernant la santé de l'enfant

● Votre enfant est-il allergique ?  Oui  Non

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir : .....  
.....

● Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....  
.....

● Votre enfant est-il asthmatique ?  Oui  Non

Si oui, quel traitement : .....

● Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un PPRE, PPS, PAI, PAP ?

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir : .....

Pour toute prise en charge médicamenteuse, il est obligatoire de fournir une ordonnance médicale, le dossier PAI

**Au besoin, n'hésitez pas à prendre contact avec la DIRECTION**

Nom et adresse du médecin traitant : .....

Numéro de téléphone : .....

● Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| Rubéole<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    | Varicelle<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Angine<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Oreillons<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | Scarlatine<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non     | Rougeole<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rhumatisme articulaire aigu<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |

● En cas de d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il ?

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Des drains dans les oreilles<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Des lunettes<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Les lentilles de contact<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Des prothèses auditives<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|---|--|

Autres renseignements que vous souhaitez nous communiquer :

« J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement et reconnais avoir pris connaissance des mentions RGPD de l'AD PEP80 » :

A ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature du représentant légal