

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 :

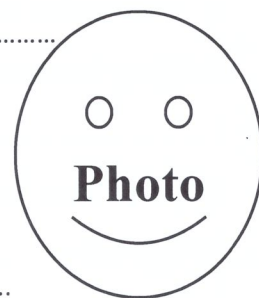
Né(e) le : / / à Age :

Adresse (complète) :

.....

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° : <input type="checkbox"/> MSA n° :	<input type="checkbox"/> Général (CAF) et assimilés n° : 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 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

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

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

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