

ACCUEIL DE LOISIRS PRINTEMPS 2026

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom-prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Date de séjour de l'enfant :

Du 13 au 17 avril 2026		Du 20 au 24 avril 2026	
Journée complète 10h-17h30 ☐	Demi-journée 13h30-17h30 ☐	Journée complète 10h-17h30 ☐	Demi-journée 13h30-17h30 ☐

Péri-centre sur inscription de 7h30 à 10h : ☐ non ☐ oui : indiquer le jour et l'horaire d'arrivée

	L 13	M 14	MC 15	J 16	V17
Horaire					
	L 20	M 21	MC 22	J 23	V 24
Horaire					

Quotient familial :

Veuillez fournir l'attestation quotient familial

Bénéficiez-vous de l'AEEH (l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé) :

☐ non ☐ oui (si oui, merci de fournir la notification de la CAF)

Marié Pacsé Divorcé Séparé Concubinage Monoparentale

Veuillez joindre la photocopie du jugement en cas de garde alternée.

Nom-prénom de la mère : Adresse : N° téléphone fixe : Portable : Adresse mail : Profession :	Nom-prénom du père : Adresse : N° téléphone fixe : Portable : Adresse mail : Profession :
---	--

Autorisation de sortie

Votre enfant peut-il sortir seul de l'accueil ? ☐ OUI ☐ NON

Personnes autorisées à reprendre votre enfant en plus des parents.

Nom-prénom	Téléphone

Droit à l'image

Pour le journal municipal ☐ OUI ☐ NON , Par un journaliste ☐ OUI ☐ NON

Pour le site de la commune ou la page Facebook ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant peut-il participer à toutes les activités mise en place durant l'accueil ?

☐ OUI ☐ NON Si non préciser :

Votre enfant sait-il nager ?

☐ OUI ☐ NON

Votre enfant sait-il faire du vélo ?

☐ OUI ☐ NON

Maquillage

☐ OUI ☐ NON

ACCUEIL DE LOISIRS PRINTEMPS 2026

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom-prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Groupe sanguin de l'enfant :

Nom-adresse et téléphone du médecin traitant :

Vaccinations à jour (fournir les photocopies)? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant a-t-il une contre-indication médicale ? ☐ OUI ☐ NON
(Si oui, joindre un certificat médical)

Votre enfant a-t-il déjà eu :

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Scarlatine ☐ Otite
☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Coqueluche

Problème de santé :

Préciser lequel : Allergie, Asthme ou Autre

Si votre enfant a un traitement médical durant l'accueil, veuillez fournir la prescription.

Recommandations des parents :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le
cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaires par l'état de l'enfant.

L'inscription de l'enfant à l'accueil de loisirs vaut pleine acceptation du règlement intérieur par ses
responsables légaux.

Date :

Signature :