

# Fiche d'inscription et de renseignements 2025/2026

## L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
 Sexe :  fille  garçon Scolarisé à : Ecole de Prés Verts  Ecole du Père Ceyrac  
 Date de Naissance : .... / .... / .... Autre  **Classe (sept. 2025) : .....**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / FICHE SANITAIRE

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES** (pour tous les enfants)  DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES** (pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018)

BCG  Hépatite B  Rougeole-Oreillons-Rubéole  
 Coqueluche  Pneumocoque  Autres (préciser) \_\_\_\_\_  
 Haemophilus Influenzae type b (HIB)  Méningocoque C \_\_\_\_\_

### ALLERGIES / SANTE

Asthme : oui  non  Alimentaire : oui  non  Médicamenteuse : oui  non  Autre : oui  non

Précisez les conduites à tenir : \_\_\_\_\_

**PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) : oui  non  Date de validité : \_\_\_\_\_

**Pour l'Asthme, les PAI, les allergies alimentaires : fournir obligatoirement le traitement de l'enfant dans une trousse à son nom/prénom**

**SANTE / RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS + Nom et numéro du médecin traitant**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale :  Marié(e) / Pacsé(e) / Vie maritale  Divorcé(e) / Séparé(e)  Garde alternée

### Représentant n°1

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....  
 Profession : .....  
 Employeur : .....  
 domicile : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
 portable : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
 professionnel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
 mail : .....

### Représentant n°2

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....  
 Profession : .....  
 Employeur : .....  
 domicile : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
 portable : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
 professionnel : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
 mail : .....

## Régime

Régime Général CAF  MSA  Autre Régime

**N° Allocataire CAF :** ..... **N° Allocataire MSA :** ..... **QF =** .....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction 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.

Autorise /  N'Autorise Pas mon enfant à quitter la structure d'accueil, accompagné de :

NOM Prénom	Qualité (frères ou sœurs mineurs, beaux-parents, grands parents, ami(e)s, entraîneurs...)	Téléphone	À prévenir en cas d'urgence	Autorisée à prendre l'enfant
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorise /  N'Autorise Pas mon/mes enfant(s) à quitter seul(s) l'accueil de loisirs ou périscolaire.

Conditions particulières : .....

Autorise /  N'Autorise Pas mon/mes enfant(s) à revenir seul(s) à l'accueil de loisirs ou périscolaire à l'issue de son activité (préciser l'activité.....).

**Dans le cas de départs et de retours seul, l'enfant/les enfants sont sous la responsabilité des responsables légaux**

Autorise /  N'Autorise Pas le personnel habilité à consulter mon Quotient Familial sur le site dédié de la CAF : Mon Compte Partenaire

Autorise /  N'Autorise Pas mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure d'accueil et à utiliser les moyens de transports collectifs (cars, trains, ...)

Autorise /  N'Autorise Pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités de la structure de loisirs de La Garnache et que leur image soit utilisée dans les supports d'information et de communication de l'Ifac et de la commune de Paulx.

Autorise /  N'Autorise Pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des accueils de loisirs de l'Ifac et de la commune de Paulx et que leur image soit utilisée dans les réseaux sociaux de l'Ifac et de la commune de Paulx.

Déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription et du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et de loisirs et s'engage à les respecter.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Paulx et l'Ifac responsables de l'accueil périscolaire et de loisirs pour l'inscription, le suivi et la facturation du service.

Elles sont conservées jusqu'aux 18 ans de l'enfant et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la commune et du service enfance de l'Ifac sur la commune de Paulx

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature du ou des responsable(s) légaux :

### PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- ⇒ **Attestation CAF ou MSA**, autre département ou autre régime de moins de 6 mois
- ⇒ Photocopie des **pages de vaccination** du carnet de santé de l'enfant
- ⇒ RIB + Pièce d'identité : pour les règlements en prélèvement automatique (sauf si déjà effectué l'année précédente)
- ⇒ **Attestation d'assurance Responsabilité Civile pour l'année scolaire 2025-2026**
- ⇒ PAI : (Projet d'Accueil Individualisé) si avis médical