

## Fiche inscription ALSH – SIVOM Le Pertre Saint-Cyr-Le-Gravelais – 2025-2026

Les informations présentes sur cette fiche ne sont utilisées que dans le cadre de l'ALSH. Vous disposez du droit d'accès et de modification de ces données, en faisant une demande par mail à [accueildeleisirs@lepertre.fr](mailto:accueildeleisirs@lepertre.fr)

Les informations précédées de « \* » sont facultatives, les autres étant obligatoires

 Indique qu'un document complémentaire est à fournir

### Renseignements généraux de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :     /     /     ☐ Fille   ☐ Garçon

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_ \*Niveau scolaire \_\_\_\_\_

Assurance individuelle accident - Compagnie : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_

 Joindre :

- Un justificatif de domicile,
- Une copie du livret de famille,
- Une attestation d'assurance (à renouveler chaque année)

Photo

### Renseignements responsables légaux

| Responsable légal 1<br>Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                 | Responsable légal 2<br>Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : _____                                                                                                                           | Nom : _____                                                                                                                           |
| Prénom : _____                                                                                                                        | Prénom : _____                                                                                                                        |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____                                                                                  | Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____                                                                                  |
| _____                                                                                                                                 | _____                                                                                                                                 |
| _____                                                                                                                                 | _____                                                                                                                                 |
| *Profession : _____                                                                                                                   | *Profession : _____                                                                                                                   |
| Téléphone (contact et urgence) : _____                                                                                                | Téléphone (contact et urgence) : _____                                                                                                |
| *Téléphone employeur : _____                                                                                                          | *Téléphone employeur : _____                                                                                                          |
| @courriel : _____                                                                                                                     | @courriel : _____                                                                                                                     |
| Situation familiale (rayer les mentions inutiles) : Célibataire, marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e) | Situation familiale (rayer les mentions inutiles) : Célibataire, marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e) |

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**A appeler  
si urgence

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ ☐

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ ☐

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ ☐

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ ☐

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ ☐

Régime allocataire : ☐ CAF ☐ MSA N° allocataire : \_\_\_\_\_ Autre régime : \_\_\_\_\_Autorisation du contrôle automatique du quotient CAF par le SIVOM : ☐ Oui ☐ Non **Le cas échéant, fournir l'attestation CAF****Frères et Sœurs**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Fiche sanitaire** (L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles /Arrêté du 28 mai 2018)

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Date des derniers rappels | Vaccins recommandés          | Dates |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|------------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                           | Hépatite B                   |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole, Oreillons, Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                           | Coqueluche                   |       |
| Ou DT polio          |     |     |                           | BCG                          |       |
| Ou Tétra coq         |     |     |                           | Autres (préciser) : _____    |       |

 **Joindre une photocopie du carnet de vaccination ou une attestation du médecin de contre-indication le cas échéant****Médecin traitant** : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_**Allergies** (le cas échéant une rencontre avec le directeur de l'accueil est nécessaire)Alimentaire ☐ Oui ☐ Non, \*si oui préciser : \_\_\_\_\_Asthme ☐ Oui ☐ NonMédicamenteuse ☐ Oui ☐ Non, \*si oui préciser : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Pour toutes allergies alimentaires, aucun repas de substitution ne sera fourni par le service de restauration sans certificat médical ou PAI.

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** ☐ Oui ☐ NonSi oui prendre contact avec le directeur du centre. *Aucun médicament ne pourra être donné en dehors d'un protocole rédigé avec les directeurs.*

**Régime alimentaire spécifique** ☐ Non ☐ Végétarien ☐ Sans viande de porc

**Recommandations utiles des parents au directeur** (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires etc...) préciser

---

---

**\* Antécédents médicaux ou chirurgicaux** (utile à la prise en charge ; préciser les précautions à prendre et conduite à tenir)

---

---

### **Santé et situation d'urgence**

- ☐ Nous autorisons l'utilisation de sérum physiologique et de désinfectant (allergie ou réaction à l'iode)
- ☐ Nous autorisons le directeur de la structure (ou son représentant) à prendre, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (Dans les cas d'urgences où les responsables légaux ne sont pas joignables). Sans signature de votre part le directeur (ou son représentant) sera tenu d'appliquer les dispositions de la loi relative à l'assistance à personnes en danger.

En cas d'urgence, le SAMU ou les pompiers prennent la décision du lieu d'hospitalisation.

### **Droit à l'image** (Autorisation d'utilisation de l'image, de la voix et des travaux de l'enfant mineur)

**Autorisation de captation :** Dans le cadre des différents travaux les animateurs peuvent être amenés à utiliser l'image, la voix ou les travaux de votre enfant.

Nous autorisons les équipes pédagogiques à :

- |                                    |                                                           |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| - photographier mon enfant         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - faire un enregistrement sonore   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - filmer mon enfant (image et son) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### **Autorisation de diffusion :**

Nous autorisons les équipes pédagogiques à utiliser la photo, l'enregistrement sonore, un film de mon enfant dans un cadre pédagogique et de communication pour les situations suivantes :

- |                                                                       |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| - Pour les publications                                               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Pour le site internet de la commune                                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Pour une clé USB ou CD-Rom destiné aux parents                      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Pour les publications suivantes : bulletin municipal, presse locale | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - Pour les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### **Autorisations de sortie non accompagné d'un adulte (pour les élémentaires)**

Nous autorisons notre enfant à partir seul :

- |           |                                                           |
|-----------|-----------------------------------------------------------|
| - à 12h   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - à 13h20 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - à 17h   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

A partir du moment où l'enfant quitte la structure, il n'est plus sous la responsabilité des animateurs.

### Autorisations de sortie exceptionnelle

Nous autorisons notre enfant à participer aux sorties et activités qui seront organisées sur un autre site : ☐ Oui ☐ Non

Nous autorisons notre enfant à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des sorties organisées par le centre :  
☐ Oui ☐ Non

Nous autorisons notre enfant à effectuer les trajets liés à son CAMP ou SORTIE dans tous les véhicules qu'il soit conduit par une personne opérant à titre bénévole ou à titre de transport professionnel : ☐ Oui ☐ Non

### Déclarations et signature

☐ Nous déclarons exacts tous les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à informer la structure de tout changement

☐ Nous joignons à cette fiche tous les documents demandés selon la situation, ainsi qu'un RIB (📎)

☐ Nous avons pris connaissance du règlement intérieur et en acceptons les conditions (disponible sur le portail aux familles et il peut vous être remis sur demande))

☐ Nous reconnaissons avoir pris connaissance des conditions tarifaires et en acceptons les conditions

Nom, Prénom, date et signature des responsables légaux, précédés de la mention « lu et approuvé »