

Fiche inscription ALSH – SIVOM Le Pertre Saint-Cyr-Le-Gravelais – 2026-2027

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

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 Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non	Responsable légal 2 Autorité parentale : ☐ Oui ☐ 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'enfantA 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 | ☐ Oui ☐ Non |
| - faire un enregistrement sonore | ☐ Oui ☐ Non |
| - filmer mon enfant (image et son) | ☐ Oui ☐ 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 | ☐ Oui ☐ Non |
| - Pour le site internet de la commune | ☐ Oui ☐ Non |
| - Pour une clé USB ou CD-Rom destiné aux parents | ☐ Oui ☐ Non |
| - Pour les publications suivantes : bulletin municipal, presse locale | ☐ Oui ☐ Non |
| - Pour les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage | ☐ Oui ☐ Non |

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

Nous autorisons notre enfant à partir seul :

- | | |
|-----------|---|
| - à 12h | ☐ Oui ☐ Non |
| - à 13h20 | ☐ Oui ☐ Non |
| - à 17h | ☐ Oui ☐ 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 »