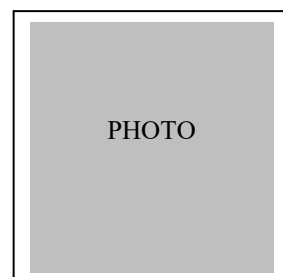


A RENDRE AVANT LE 3 JUILLET 2026

FICHE D'INSCRIPTION ALAE/ALSH/SEJOUR MATERNELLE/ELEMENTAIRE

ECOLE : _____

- ALAE
ALSH
TAP
SEJOUR



Les informations de cette fiche seront utilisées tout au long des trois années de maternelle et des cinq années d'élémentaire de votre enfant.
Nous vous inviterons à les vérifier chaque année via le Portail Citoyens.

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom : _____ Prénom _____

Date et lieu de naissance _____ / _____ / _____ Sexe F M

Domicile principal de l'enfant
Adresse _____ CP _____ Ville _____

Adresse de facturation (si ≠ du domicile principal)
Adresse _____ CP _____ Ville _____

IDENTITE DES PARENTS :

Nom/prénom Parent 1 _____ Parent 2 _____

Situation familiale (pour facturation) : Famille monoparentale OUI NON Si oui, garde alternée OUI NON

Lieu de travail _____

N° de Tél. Tél.1 _____ Tél.2 _____

E-mail* (en majuscule) _____

*J'autorise la structure à communiquer par mail des informations strictement liées à la structure : OUI NON

Adresse (uniquement si différente de l'enfant)

Adresse (uniquement si différente de l'enfant)

Frères et Sœurs
Noms et prénoms _____

Dates de naissance

AUTORITE PARENTALE :

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ? Oui Non

(En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)

Nom, adresse et n° de tél. de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale :

--

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	N° DE TELEPHONE

INFORMATIONS NECESSAIRES POUR LA FACTURATION (données indispensables à la remontée des QF) :

Nom de naissance (de l'allocataire) <input type="text"/>	Prénom (de l'allocataire) <input type="text"/>	Date de naissance (de l'allocataire) <input type="text"/>
Ville de naissance (de l'allocataire) <input type="text"/>	Pays de naissance (de l'allocataire) <input type="text"/>	*La transmission du numéro d'allocataire CAF vaut autorisation d'accès au service CAF Pro de la Caisse d'Allocations Familiales. Si vous n'êtes pas allocataire, merci de joindre une copie du dernier avis d'imposition de votre foyer.
N° de sécurité sociale <input type="text"/> (qui couvre l'enfant)	N° allocataire CAF* <input type="text"/> (ou attestation CAF)	Assurance responsabilité civile Dénomination <input type="text"/> N° de contrat <input type="text"/>
Régimes spéciaux : SNCF, RATP, EDF-GDF <input type="text"/>	N° allocataire M.S.A <input type="text"/> (ou attestation MSA)	

AUTORISATION DE SORTIE :

Je soussigné agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

- L'enfant à participer aux activités et aux sorties organisés par l'ALAE/ALSH à l'extérieur des locaux. Oui Non

- L'enfant à quitter seul l'Accueil aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans) :

Pour l'ALSH Oui Non
Pour l'ALAE Oui Non
Pour le TAP Oui Non

(Si oui, remettre une autorisation écrite à l'équipe de direction de la structure)

- Les personnes (d'au moins 16 ans révolus) à venir chercher l'enfant :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	N° DE TELEPHONE

En cas de départ avec une tierce personne, celle-ci devra être munie d'une autorisation écrite et signée des parents.

À défaut, en cas d'imprévu, un mail du représentant légal devra être adressé à la structure. La personne concernée devra également présenter une pièce d'identité.

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

- **ALAE midi :** (Attention, cette demande n'a pas valeur d'inscription à la cantine. La réservation des repas se fait auprès de la commune.)

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI

- Votre enfant prend-il un bus scolaire ? Oui Non

Si c'est le cas et que le circuit de bus a un numéro spécifique, merci de le noter

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'équipe d'animation et l'organisateur à réaliser, pendant les activités de la structure des photos ou des vidéos sur lesquelles figurent l'enfant inscrit et de les utiliser librement sur un support de communication (photographique, site internet de la CCGT, réseaux sociaux, journal, blog...) dans le cadre de la présentation et l'illustration de nos structures d'accueil, sans demander de rémunération ni droits pour leur utilisation quel que soit le support. Ces photos ou vidéos ne pourront être cédées et ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image ou à la réputation de l'enfant. Oui Non

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS

Joindre impérativement la photocopie du carnet de vaccinations ou un certificat médical stipulant que l'enfant est à jour du vaccin obligatoire (DTP). Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

Nom du médecin de famille :

Tèl :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'accueil individualisé) ? Oui Non

Si oui, fournir le protocole ainsi que les médicaments.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIE : ASTHME Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

MEDICAMENTEUSES Oui Non

AUTRES :

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, un régime alimentaire, allergie au maquillage...

Précisez :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et reconnais avoir pris connaissance des clauses du règlement intérieur spécifique à l'Accueil de Loisirs sur le portail citoyens et m'engage à le respecter. Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de la direction de l'Accueil de Loisirs, toute modification portant sur l'un des éléments demandés par la présente fiche d'inscription notamment mentionner tous les changements survenus dans la situation familiale de l'enfant (autorisation parentale, garde...) et/ou relatifs à son état de santé, et joindre tous documents nécessaires à cet effet.

RAPPEL DES DOCUMENTS A DEPOSER OBLIGATOIREMENT SUR LE PORTAIL CITOYEN :

- Cette fiche d'inscription complétée et signée
- La photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant
- L'attestation d'assurance scolaire
- Contrat d'inscription soumis au consentement en ligne via le portail citoyen
- Fournir si nécessaire :
- Le PAI accompagné des médicaments - La photocopie du jugement de divorce - La Notification MDPH et/ou AEEH

Fait à le

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale, précédée de la mention « Lu et approuvé ».

Même si votre enfant ne fréquente pas l'accueil, merci de retourner cette fiche d'inscription à l'ALAE ou l'ALSH de votre enfant. **En l'absence des pièces justificatives, votre enfant ne pourra être accueilli et les inscriptions seront bloquées.**