

Ce dossier vous permet d'inscrire un enfant scolarisé dès 3 ans à nos Accueils de Loisirs. Une fois complet (dossier d'inscription + fiche sanitaire + documents annexes), envoyez ce dossier à ostalin@cdc-fronsadais.com. Si les parents sont séparés, merci de compléter un dossier par parent.

Il doit être remis avant l'accueil de l'enfant et ne sera valable que si tous les éléments sont renseignés.

1. L'ENFANT

Ce dossier concerne l'enfant :			
NOM	Prénom	Date de naissance	Scolarisé.e à l'école de
.....			

2. REPRÉSENTANTS LÉGAUX DE L'ENFANT

	Représentant.e légal.e 1 (le destinataire des factures)	Représentant.e légal.e 2
NOM Prénom		
Lien avec l'enfant		
Adresse		
Adresse mail		
Tél. portable		
Tél. professionnel		
Profession		
Employeur		

De quel régime d'allocation familiale dépend l'enfant ?

☐ Régime CAF	⇒ Précisez votre n° d'allocataire CAF :	
☐ Régime MSA	⇒ Précisez votre n° d'assuré social MSA :	

3. AUTRES PERSONNES (non citées ci-dessus) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	N° de tél.
.....			
.....			
.....			

4. AUTRES PERSONNES (majeures) AUTORISÉ.E.S À VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	N° de tél.
.....			
.....			



Fronsadais

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

Tél. 05.57.84.40.18 - Fax. 05.57.84.48.11

Maison des Services Communautaires

1 Avenue Charles de Gaulle

33240 Saint-Germain-de-la-Rivière

www.cdc-fronsadais.com



DOSSIER D'INSCRIPTION – Année 2025

5. AUTORISATIONS

Dans le cadre des activités de l'accueil, j'autorise l'équipe encadrante à :

⇒ emmener mon enfant aux sorties (<i>piscine, cinéma, parc d'attractions, ...</i>)	OUI	NON
⇒ photographier et filmer mon enfant (<i>droit à l'image : ces images peuvent être utilisées pour la communication des services de la CDC du Fronsadais via son site internet, page Facebook et dans la presse écrite</i>)	OUI	NON
⇒ maquiller mon enfant	OUI	NON
⇒ transporter mon enfant avec le minibus de la Communauté de Communes	OUI	NON

À joindre obligatoirement à votre dossier :

- ⇒ fiche sanitaire de liaison (*pages ci-après*)
- ⇒ photocopie des vaccinations de l'enfant (*l'ensemble des feuillets du carnet de santé*)
- ⇒ attestation d'assurance maladie où figure l'enfant
- ⇒ assurance et/ou responsabilité civile couvrant l'enfant sur le temps péri et extra-scolaire
- ⇒ attestation récente de quotient familial CAF / MSA
- ⇒ justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- ⇒ photocopie du Projet d'Accueil Individualisé (*si existant*)

6. CONSENTEMENTS

Je soussigné.e

représentant.e légal.e de l'enfant

- ⇒ certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils de Loisirs du Fronsadais et en accepter les différents points,
- ⇒ certifie exacts les renseignements portés dans le présent dossier,
- ⇒ donne mon consentement aux/à :
 - 1) organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires à la survie de mon enfant,
 - 2) autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires à mon enfant,
 - 3) l'organisateur à se mettre en lien avec la CDAP et accéder aux informations suivantes : ressources N-1, QF, nombre d'enfant à charge, enfant bénéficiaire de l'AEEH.
 - 4) je m'engage à rembourser à la Communauté de Communes du Fronsadais les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison des soins apportés à mon enfant.

Fait à le

Signature représentant.e légal.e 1 :

Signature représentant.e légal.e 2 :



Fronsadais

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

Tél. 05.57.84.40.18 - Fax. 05.57.84.48.11

Maison des Services Communautaires

1 Avenue Charles de Gaulle

33240 Saint-Germain-de-la-Rivière

www.cdc-fronsadais.com

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il ou elle est en charge sur les temps péri et extra scolaires. Elle suit votre enfant dans toutes les activités. Elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant ces temps (*l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil collectif de mineurs*).

1. L'ENFANT

NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	Lieu :
Fille : ☐	Garçon : ☐

2. SES VACCINATIONS

Joindre la photocopie de **l'ensemble des feuillets** du carnet de santé (**où apparaissent les 11 vaccins obligatoires**) ou un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?		OUI*	NON
*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (<i>médicament dans son emballage d'origine marqué au nom de l'enfant + notice</i>).			
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.			
N° de sécurité sociale du parent couvrant l'enfant :			

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

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		ARTICULAIRE RHUMATISME AIGÛ		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES :	ASTHME	OUI	NON		MÉDICAMENTEUSES	OUI	NON
	ALIMENTAIRES	OUI	NON		AUTRES	OUI	NON

Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Les informations liées à la santé et les précautions à prendre (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les dates / périodes :

.....

.....



Fronsadais

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

Tél. 05.57.84.40.18 - Fax. 05.57.84.48.11

Maison des Services Communautaires

1 Avenue Charles de Gaulle

33240 Saint-Germain-de-la-Rivière

www.cdc-fronsadais.com



FICHE SANITAIRE DE LIAISON – Année 2025

⇒ Reconnaissance MDPH	OUI	NON
⇒ Bénéficiaire de l'AEEH	OUI	NON

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur les différents temps de la journée : activités, repas, hygiène, port de lunettes/appareil (auditif, dentaire, ...) ?

.....

.....

.....

5. REPRÉSENTANTS LÉGAUX DE L'ENFANT

Représentant.e légal.e 1 :

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Portable : Travail :

Représentant.e légal.e 2 :

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Portable : Travail :

NOM et tél. du médecin traitant :

Je soussigné.e, représentant.e légal.e de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le.a directeur.rice de la structure à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :

Une fois complet, envoyer ce dossier à ostalin@cdc-fronsadais.com



Fronsadais

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

Tél. 05.57.84.40.18 - Fax. 05.57.84.48.11

Maison des Services Communautaires

1 Avenue Charles de Gaulle

33240 Saint-Germain-de-la-Rivière

www.cdc-fronsadais.com

