



## FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SAISON 2025/2026



Semaine du 9 au 13 février ☐   
Semaine du 16 au 20 février ☐ } Les deux ☐

Nom de l'enfant :

Prénom :

Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Ecole :

Numéro d'allocataire CAF :

Mode de garde de l'enfant :

Par ses deux parents ☐

Mère seule ☐

Père seul ☐

Alternée ☐

Alternée (précisez) :

### INFORMATIONS SUR LE(S) RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

#### Responsable 1

Nom et Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. Portable :

Tél. Domicile :

Tél. Travail :

Email :

Situation professionnelle :

En activité ☐

En recherche d'emploi ☐

En formation ☐

En études ☐

Autre (précisez)

#### Responsable 2

Nom et Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. Portable :

Tél. Domicile :

Tél. Travail :

Email :

Situation professionnelle :

En activité ☐

En recherche d'emploi ☐

En formation ☐

En études ☐

Autre (précisez)

Facturation à adresser à :

Responsable légal(e) 1 ☐

Responsable légal(e) 2 ☐

Autre (précisez) :

Tounez s.v.p →

## Autre personne à contacter en cas d'accident

Nom et Prénom :

Tél. Portable :

Tél. Domicile :

## Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom et Prénom :

Tél. Portable :

Nom et Prénom :

Tél. Portable :

Nom et Prénom :

Tél. Portable :

Nom et Prénom :

Tél. Portable :

☐ J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités

## PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR :

☐ Fiche sanitaire de liaison complétée

☐ Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé ou attestation médicale

☐ Attestation d'assurance

☐ **Facture municipale de la pause du midi de mars 2025 ou ultérieure** (si votre enfant est inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville)

ou

☐ **Votre dernier avis d'imposition** (si votre enfant n'est pas inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville)

**Je soussigné(e) :**

**Responsable légal(e) de l'enfant :**

☐ Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association pour les accueils de loisirs et m'engage à le respecter.

☐ Reconnais avoir été informé(e) que les activités de l'association peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif.

☐ M'engage à rembourser sur présentation de justificatifs, les frais engagés par l'association en cas de soins médicaux ou chirurgicaux sur mon enfant.

**Fait le :**

**Signature :**



Ville de  
**BORDEAUX**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il sera pris en charge par le centre loisirs de l'association.  
Elle suit votre enfant dans toutes ses activités et pourra être consultée par les encadrants, elle sera également présentée aux services de secours en cas d'accident.

Nom de l'enfant :

Prénom :

Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

**Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de l'enfant) :

<b>Vaccins obligatoires</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Dernier rappel</b>	<b>Vaccins facultatifs</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Dernier rappel</b>
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé** (PAI) et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant. ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.

**Allergies :**

Médicamenteuses : OUI ☐ NON ☐ Asthme : OUI ☐ NON ☐

Alimentaires : OUI ☐ NON ☐ Autre : OUI ☐ NON ☐

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Percevez-vous l'allocation de l'enfant handicapé (AEEH) : OUI ☐ NON ☐

Indiquer les **difficultés de santé** (handicap, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre ET/OU** les **recommandations utiles** (lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires etc) :

**Responsable légal(e) de l'enfant :**

Nom :

Prénom :

Tél. Portable :

Tél. Portable :

Tél. Travail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Date :

☐ Lu et approuvé

Signature :