FICHE D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS ENFANT (petite section jusqu'au CM2)
SAISON 2025/2026

Maison des **J**eunes et de la **C**ulture 10 allée du Château 42110 Feurs **04 77 26 21 14**

Je soussigné (e) (Nom).....(Prénom)..... père / mère / tuteur demande l'inscription de(s) l'enfant(s) ci-dessous à l'accueil de loisirs organisé par la M.J.C. de Feurs. Je l'(les) autorise à participer à toutes les activités proposées ainsi qu'aux sorties (par tout moyen de transport) et séjours. En cas d'urgence, j'autorise la directrice à prendre toutes mesures qu'elle jugera utiles et porte à sa connaissance les informations nécessaires. L'enfant est sous la responsabilité de la MJC dès le départ du parent, qui aura remis en personne son enfant à l'encadrant. Le parent reprend la responsabilité à partir du moment où il récupère son enfant auprès de l'encadrant référent d'accueil.

Je m'engage à remplir et à remettre à l'organisateur une « Fiche Sanitaire de Liaison » avec tous les renseignements utiles
Un dossier d'inscription complet (ce document accompagné d'une fiche sanitaire pour chaque enfant, d'une copie du carnet de vaccination pour chaque enfant et d'un justificatif de quotient familial récent) ouvre l'accès au portail famille en ligne pour la saison 2024-2025 permettant d'inscrire votre enfant pour les vacances et/ou les mercredis.

Adresse : .....
.....
Tel Parent 1 : ..... Tel travail : ..... Tel Parent 2 : .....
Adresse mail : ..... Profession : .....
Quotient familial : ..... N° d'allocataire : ..... Caisse de.....

J'autorise la MJC à consulter, si besoin, à titre confidentiel mon dossier allocataire sur le site de la CAF* **OUI ☐** **NON ☐**
*Si vous nous autorisez cet accès votre quotient familial sera remis à jour plusieurs fois dans l'année, dans le cas contraire il vous sera redemandé à chaque inscription (quotient remis au maximum si toutefois il ne nous est pas fourni)

Etat civil des enfants :
Nom : .....Prénom :.....date de naissance : ...../...../..... . Sexe :.....
Nom : .....Prénom :.....date de naissance : ...../...../..... Sexe :....
Nom : ..... Prénom :.....date de naissance : ...../...../..... Sexe :....

Régime alimentaire particulier: .....
En cas d'allergie alimentaire merci de nous fournir un PAI (Projet d'accueil individualisé), celui-ci devra être signé par la maison de la commune si votre enfant est inscrit pour les repas.

Observations à connaitre pour le bien-être de votre enfant au sein du groupe :.....
.....

Un de vos enfants fait-il l'objet d'un suivi éducatif ou d'un accompagnement particulier ? (Educateur, Structure d'accueil spécialisée, ULIS, SECPA, SESSAD…) **Oui ☐** **Non ☐**
Coordonnées du référent éducatif : Nom : ..... Téléphone .....
Nom et adresse de la structure : .....

Un de vos enfants est-il porteur d'un handicap reconnu par la MDPH ? Oui ☐ Non ☐
Un de vos enfants est-il bénéficiaire de l'aide AEEH ? Oui ☐ **Non ☐**
** dans ce cas merci de nous fournir la notification de la MDPH, ce document administratif nous est demandé par la CAF

J'autorise la MJC à publier, pour sa communication, des photos ou vidéos où peut apparaître mon enfant : **OUI ☐** **NON ☐**

Personne(s) autorisé(es) à venir chercher mon (mes) enfant(s) à la sortie du centre :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° de Téléphone

Les informations recueillies lors d'une inscription sont enregistrées dans un fichier informatique. Elles sont uniquement destinées à un usage interne nécessaire au bon fonctionnement des activités et à des fins statistiques. Elles seront anonymisées dans les 3 ans après votre dernière inscription. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification en vous adressant à l'accueil.

Cette inscription implique l'acceptation du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs consultable sur notre site internet ainsi qu'à l'accueil de la MJC ☐
Je certifie exacts et complets les renseignements portés ci-dessus. A Feurs, le .....

Signature :

Saison 2025-2026

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR
Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE : ....
.....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE : ....
.....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :