

FICHE D'INSCRIPTION Avril 2026



NOM :

Date de Naissance :

Prénom :

Classe :

REGIME

- ☐ Allocataire CAF (régime général) :
- NOM et Prénom du référent :
 - N° d'allocataire :
 - Quotient Familial :

- ☐ Autre Régime :
- ☐ MSA
 - ☐ Autre, précisez :

RESPONSABLE LEGAUX



NOM d'usage :

NOM :

Prénom :

Qualité (père, mère, ...) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Profession :

Téléphone professionnel :



NOM d'usage :

NOM :

Prénom :

Qualité (père, mère, ...) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Profession :

Téléphone professionnel :

SITUATION

- ☐ Marié(e)
- ☐ Pacsé(e)
- ☐ Couple

- ☐ Célibataire
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Veuf(ve)

ASSURANCE ET AUTORISATION

ASSURANCE

Enfant :
☐ Responsabilité civile ☐ Individuelle accident
Compagnie d'assurance :
Numéro de contrat :

AUTORISATION DE SORTIE

A noter : l'enfant ne sera remis aux personnes autorisées que sur présentation d'une carte d'identité. De plus, il est conseillé de prévenir l'accueil lorsqu'il sera prévu que ces personnes viennent rechercher l'enfant.

Enfant :
Autorisé à rentrer seul : ☐ Oui ☐ Non
Mon enfant ne pourra quitter l'accueil que s'il est accompagné de :
NOM, Prénom et qualité :
NOM, Prénom et qualité :
NOM, Prénom et qualité :
Je soussigné, assume l'entière responsabilité de cette autorisation et décharge l'association Familles Rurales de Belleau de toutes responsabilités après la sortie de l'accueil.

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIE

Je soussigné, autorise les représentants de l'Association Familles Rurales de Belleau à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon enfant qui seraient prises dans le cadre des activités organisées pendant l'accueil, soit du 13 au 17 avril 2026.

Celles-ci pourront être utilisées pour tout support d'information relatif à la promotion des activités organisées par l'association Familles Rurales ou sur tout autre support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse, ...).

A noter que ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

AUTORISATION DE VOYAGE ET TRANSPORT

- Je soussigné, autorise mon enfant à :
 - Voyager en transport individuel (voiture pour urgence, voiture ...) : ☐ Oui ☐ Non
 - Voyager en transport collectif (bus, ...) : ☐ Oui ☐ Non

AUTORISATION D'URGENCE

Je soussigné autorise les responsables de l'association Familles Rurales de Belleau à présenter mon enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie, ainsi qu'à le laisser sous la responsabilité de l'accompagnateur à sa sortie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si besoin, coordonnées des personnes à contacter en cas d'incapacité à joindre les parents :

NOM :	Téléphone :
Prénom :	Qualité :
NOM :	Téléphone :
Prénom :	Qualité :
NOM :	Téléphone :
Prénom :	Qualité :

SIGNATURE

Je soussigné, en ma qualité de de l'enfant, certifie exactes les informations remplies dans les autorisations de sortie, de photographie, de voyage et transport et d'urgence.

Fait à :

Signature :

Le :



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	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL 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
MÉDICAMENTEUSES ☐ 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. L'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 :