



**SIVOS**  
**REGROUPEMENT SCOLAIRE**  
**FEIGNEUX/RUSSY-BEMONT/**  
**FRESNOY LA RIVIERE**

**INSCRIPTION 2024/2025**

**Accueil Collectif de Mineurs**

**I RUE DU CHENE**

**60800 FEIGNEUX**

**Pièces à fournir**

- \*Fiche sanitaire
- \*Photocopies état vaccination (carnet de santé)
- \*2 photos d'identité
- \*Dernier avis d'imposition (reçu en 2024) ou de non-imposition  
(Revenu déclaré pour l'année 2023)
- \* Fiche d'inscription périscolaire
- \*Attestation d'assurance individuelle
- \* Approbation du règlement intérieur



**Facebook ALSH Feigneux tél : 03 44 59 07 15**  
**(Mjc Feigneux salle Pierre Grimaud)**

# FICHE D'INSCRIPTION ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS 2022-2023

## Cochez les temps d'accueil concernés :

Péri-scolaire du matin     Péri-scolaire du soir     Accueil péri-scolaire du mercredi

### INFORMATIONS SUR L'ENFANT

<b>NOM</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Naissance</b>	Date :	Lieu :	
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
<b>Scolarité</b> <b>classe sept 2023</b>			
<b>Personnes autorisées à récupérer l'enfant</b>			
<input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> Le père			
Et/ou			
NOM, Prénom :	Téléphone :	Lien de parenté :	
NOM, Prénom :	Téléphone :	Lien de parenté :	
NOM, Prénom :	Téléphone :	Lien de parenté :	
NOM, Prénom :	Téléphone :	Lien de parenté :	
<b>En cas de litiges familiaux, les parents (ou le responsable légal) devront fournir au responsable du centre, la copie du jugement de garde de l'enfant.</b>			
<b>Autorisation de sortie seul</b>	J'autorise mon enfant à rentrer seul (+ 6 ans) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Scolarité</b>	Classe en septembre 2024 :	École :	
<b>Repas spéciaux</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Allergie (cf. Fiche Sanitaire) <input type="checkbox"/> Autres :		

### INFORMATIONS SUR LES PARENTS

	PARENT 1	PARENT 2		
<b>NOM Prénom</b>				
<b>Adresse</b>		<input type="checkbox"/> idem parent 1 <input type="checkbox"/> autre :		
<b>E-mail :</b>				
<b>Téléphone</b>	Fixe : Mobile : Professionnel :	Fixe : Mobile : Professionnel :		
<b>Situation professionnelle :</b>	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> <b>emploi occupé :</b>  <b>nom et adresse de l'employeur :</b>  <b>n° de tel employeur :</b>  <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Allocataire RSA <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Allocataire handicapé <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> <b>emploi occupé :</b>  <b>nom et adresse de l'employeur :</b>  <b>n° de tel employeur :</b>  <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Allocataire RSA <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Allocataire handicapé <input type="checkbox"/> Autre :		
<b>Régime allocataire</b>	<input type="checkbox"/> CAF - N° allocataire : <input type="checkbox"/> MSA - N° allocataire : <input type="checkbox"/> Autre :			
<b>Enfants</b> (tous les enfants)	<b>NOMS</b>	<b>Prénoms</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>


## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal

Du ou des enfants \_\_\_\_\_

Déclare :

- Autoriser l'équipe d'encadrement des Accueils Collectifs de Mineurs de Feigneux à prendre en cas d'urgence, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autoriser mon ou mes enfants à participer aux sorties : oui            non  
- en car             oui     non
  
- Autoriser la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant mon ou mes enfants dans **le cadre des activités des Accueils Collectifs de Mineurs**  
 Oui     non

Autoriser la diffusion et la publication de photographies le représentant sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités et notamment, la presse écrite et le site internet

Oui     non

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

Autorise / n'autorise pas mon (mes) enfant (s) à rentrer seul à notre domicile

## **Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'accueil des enfants à l'Accueil Collectif de Mineurs de Feigneux.**

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signatures des parents et/ou responsable légal :

## Accueil Collectif de Mineurs

1, rue du chêne - 60800 FEIGNEUX

Tel : 03 44 59 07 15

Facebook : ALSH Feigneux

N° habilitation Direction Départementale de la Cohésion Sociale : 0600255AP000223-E01

L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Possibilité de joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>DATES</b>
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétra-coq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 pris sans ordonnance ;**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**    ASTHME            oui  non             MEDICAMENTEUSES            oui  non   
                          ALIMENTAIRES    oui  non             AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :**

**P.A.I.** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
 .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
 .....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
 .....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :