



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

INSCRIPTION 2025/2026
Accueil Collectif de Mineurs
1 RUE DU CHENE
60800 FEIGNEUX

1

Pièces à fournir afin de valider l'inscription

- * Fiche sanitaire
- * Photocopies état vaccination (carnet de santé)
- * 2 photos d'identité
- * Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
(REVENU déclaré pour l'année 2024 et reçu en 2025, toutes les pages)
- * Fiche d'inscription périscolaire
- * Attestation d'assurance individuelle 2025/2026
- * 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 2025-2026

Cochez les temps d'accueil concernés :

Périscolaire du matin Périscolaire du soir Accueil périscolaire du mercredi

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

NOM					
Prénom					
Naissance	Date :	Lieu :			
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin				
Scolarité	Maternelle : section Ps <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Gs <input type="checkbox"/>				
classe sept 2025	CP <input type="checkbox"/>	CE1 <input type="checkbox"/>	CE2 <input type="checkbox"/>	CM1 <input type="checkbox"/>	CM2 <input type="checkbox"/>
Personnes autorisées à récupérer l'enfant					
<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 :	
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.					
Autorisation de sortie seul	J'autorise mon enfant à rentrer seul (+ 6 ans) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Scolarité	Classe en septembre 2025 :			École :	
Repas spéciaux	<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Allergie (cf. Fiche Sanitaire) PAI <input type="checkbox"/> Autres :				

INFORMATIONS SUR LES PARENTS

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

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
 - à pieds, promenade dans le village, les bois environnant 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 oui non

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 : 0600255AP000224-E01/0600255AP000124-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.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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

j'autorise mon /mes enfant(s) à participer au promenade 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 : _____