

SIVU LES P'TITS LOUPS - Accueil Collectif de Mineurs Multi-Sites - 17240 St Fort / Gde  
ACCUEIL PERI ET EXTRA SCOLAIRE

FICHE D'INSCRIPTION – Année scolaire 2025/2026

**ENFANTS INSCRITS A L'ACCUEIL :**

NOM - Prénom	Date de naissance	Age	Classe - Etablissement scolaire

**INFORMATION FAMILLE :**

La facturation sera faite au Nom du responsable légal 1

En cas de garde alternée, merci de nous transmettre le jugement ou le planning de garde (signé des 2 parents) pour la facturation de chacun.

<p><b>RESPONSABLE LEGAL 1 :</b></p> <p>NOM-Prénom : .....</p> <p>N°/Rue/Voie : .....</p> <p>Code Postal : .....</p> <p>Ville : .....</p> <p>☎ Domicile : .....</p> <p>☎ Portable : .....</p> <p>@ : .....</p> <p>N° Sécurité Sociale : .....</p> <p>Assurance couvrant les enfants : .....</p> <p><b>Situation familiale :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé</p> <p><b>Caisse d'allocations familiales :</b> Renseignement obligatoire</p> <p><input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....</p> <p>N° Allocataire : .....</p> <p>Quotient Familial..... Fournir un justificatif</p> <p><b>Employeur</b> Renseignement obligatoire :</p> <p>Adresse : .....</p> <p>☎ : .....</p> <p><b>Médecin traitant des enfants :</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>Tél. : .....</p> <p>Ville : .....</p>	<p><b>RESPONSABLE LEGAL 2 :</b></p> <p>NOM-Prénom : .....</p> <p>N°/Rue/Voie* : .....</p> <p>Code Postal * : .....</p> <p>Ville* : .....</p> <p>☎ Domicile * : .....</p> <p>☎ Portable : .....</p> <p>@ : .....</p> <p>N° Sécurité Sociale : .....</p> <p>Assurance couvrant les enfants : .....</p> <p><b>Situation familiale :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé</p> <p><b>Caisse d'allocations familiales :</b></p> <p><input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....</p> <p>N° Allocataire * : .....</p> <p>Quotient Familial * : .....</p> <p><b>Employeur</b> Renseignement obligatoire :</p> <p>Adresse : .....</p> <p>☎ : .....</p> <p><b>Médecin traitant des enfants * :</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>Tél. : .....</p> <p>Ville : .....</p> <p>* à remplir si différent du responsable légal du ou des enfants</p>
---	---

**Pour les nouvelles inscriptions, comment avez-vous eu connaissance de notre structure ?**

Par le biais de ... L'école  La Mairie  Le bouche à oreille  Le site internet communal  Autre, précisez :

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :**

- |  |   |
|--|---|
| Fiche d'inscription et d'autorisations parentales <input type="checkbox"/> | Fiche sanitaire (une par enfant inscrit) <input type="checkbox"/>       |
| Photocopie des vaccins et PAI (si concerné) <input type="checkbox"/>       | Attestation d'assurance péri et extra scolaire <input type="checkbox"/> |
| Attestation du Quotient Familial CAF/MSA,.. <input type="checkbox"/>       | Attestation d'assurance Responsabilité Civile <input type="checkbox"/>  |

Fait à :

Le :

Signature des responsables légaux :

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Nous, soussignés ..... autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires en cas d'urgence, à savoir : transfert pour hospitalisation, intervention du SAMU, POMPIERS, intervention d'un médecin autre que le médecin traitant. Nous autorisons les autorités médicales à pratiquer toutes les interventions d'urgence pour mon (mes) enfant(s) et si nécessaire sous anesthésie.

Nous nous engageons à rembourser l'intégralité des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. Si cela est possible, nous souhaitons que l'enfant soit hospitalisé à ..... (Préciser le nom de l'hôpital ou de la clinique).

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) :

- A participer aux activités en partenariat avec l'EHPAD, l'ADEI et la MFR de St Genis de S<sup>te</sup>
- A voyager en mini-bus et/ou transport collectif et à monter à l'avant pour les + 10 ans
- A se baigner : notre(nos) enfant(s) ..... sait (savent) nager  
notre(nos) enfant(s) ..... ne sait (savent) pas nager.

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (si le centre est dans l'impossibilité de prévenir les parents)**

NOM-Prénom	☎ Domicile	☎ Portable	☎ Travail	Qualité (grands-parents,..)

**PERSONNES HABILITEES A RECUPERER LES ENFANTS :**

NOM-Prénom	☎ Domicile	☎ Portable	☎ Travail	Qualité (grands-parents,..)

**DROIT A L'IMAGE :**

Nous  **AUTORISONS**  **N'AUTORISONS PAS**  
le SIVU LES P'TITS LOUPS à réaliser des photographies et/ou vidéos sur lesquelles figure notre (nos) enfant(s), à les utiliser librement et gracieusement pour les opérations de communication du SIVU quel que soit le support utilisé (site internet, document de présentation, brochure, presse écrite,...).  
Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image et/ou à la réputation de notre (nos) enfant(s).

*Nous déclarons sur l'honneur que notre (nos) enfant(s) bénéficie(ent) d'une couverture sociale et d'une assurance responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers et couvrant les activités extra-scolaires.*

Fait à :

Le :

Signature des responsables légaux - Précédée de la mention "Lu et approuvé" :



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

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

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....