

DOSSIER D'INSCRIPTION
Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

Photo récente
de l'enfant

Classe : Année :

Renseignement d'état civil de l'enfant :

NOM : PRENOM : SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin

Né(e) le A : Nationalité :

ADRESSE :

Code postal : Ville :

Responsables légaux :

Situation matrimoniale

☐ Mariés ☐ Divorcés ☐ Séparés ☐ Veuf(ve) ☐ Concubins ☐ Autre

En cas de séparation des parents

Résidence actuelle de l'enfant : ☐ Père ☐ Mère ☐ Garde alternée

Autorité parentale : ☐ Père ☐ Mère ☐ Conjointe

PERE

Nom du père : **Prénom :**

Nationalité :

ADRESSE :

Profession : **Employeur :**

Mobile : **Mail :**

MERE

Nom de jeune de fille de la mère : **Nom martial :**

Prénom : **Nationalité :**

ADRESSE :

Profession : **Employeur :**

Mobile : **Mail :**

Frères et sœurs :

Nom : Prénom : Etb.scolaire/classe :

Nom : Prénom : Etb.scolaire/classe :

Nom : Prénom : Etb.scolaire/classe :

Renseignement concernant la ou les personnes à prévenir en cas d'urgence autres que les parents :

Nom : Prénom : Téléphone :

ADRESSE :

Nom : Prénom : Téléphone :

ADRESSE :

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant, titulaires de l'autorité parentale, certifions l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Signature des deux parents

Originaux et photocopies à joindre au dossier d'inscription :

- ☐ Dossier d'inscription 2025/2026 dûment complété et signé par les deux parents
- ☐ Frais d'inscription 20€
- ☐ Attestation avec votre quotient familial délivré par la CAF (si tranche A ou B)
- ☐ Fiche sanitaire + carnet de vaccination
- ☐ Attestation de responsabilité civile
- ☐ Contrat d'engagement du Baobab du Petit Prince signé par les deux parents
- ☐ Fiche d'inscription pour la 1ère période avec le règlement pour valider les jours.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Garçon ☐ Fille ☐

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins Obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication

Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? ☐ 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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies :

Asthme ☐ oui ☐ non Médicamenteuses ☒ oui ☐ non

Alimentaires ☐ oui ☐ non Autres _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
en précisant les dates et les précautions à prendre.

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T IL D'UN ACCOMPAGNEMENT DE PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX OU
D'AMENAGEMENTS DANS SON ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

☐ OUI , lequel ? ☐ NON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS


Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ?
Précisez

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

 Domicile _____  Professionnel _____

 Portable _____ @ _____

Nom du médecin traitant _____

 Médecin _____

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

Fait à _____ le _____ Signatures obligatoires par les deux
parents.

AUTORISATIONS PARENTALES 2025/2026 **(Droit à l'image-sorties scolaires)**

☐ Autorise(sons)

☐ n'autorise(sons) PAS

Le Baobab du Petit Prince :

- ☐ à filmer et/ou photographier, sans contrepartie de quelque nature que ce soit mon enfant.
- ☐ à utiliser, à diffuser sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant :
 - interne au centre de loisirs : lors d'un événement, panneaux d'affichage.
 - externe à l'école : site de l'école, AFPM et du centre de loisirs, sur la page FACEBOOK.

☐ Autorise(sons)

☐ n'autorise(sons) PAS

Notre enfant :

- ☐ à participer à toute sortie pédagogique organisée durant l'année scolaire entraînant l'utilisation d'un mode de transport :
 - Par un bus scolaire
 - Par le(s) véhicule(s) de l'association
 - Par un véhicule d'un animateur
 - A pied

☐ Autorise(sons)

☐ n'autorise(sons) PAS

1/ Mr et/ou Mme : demeurant :

2/ Mr et/ou Mme : demeurant :

A venir chercher mon enfant à l'école, en mon/notre absence, en cas de besoin.

Il convient pour les tierces personnes :

- de joindre à cette demande la photocopie de leur pièce d'identité
- d'être en possession de leur pièce d'identité lorsqu'elles viendront chercher l'enfant
- dans la mesure du possible, d'être présentée(s) au centre de loisirs

Fait à _____ le _____ Signatures obligatoires par les deux parents.