Fiche d'Inscription **2025 / 2026**
Enfance / Jeunesse / Restauration

Photo

L'ENFANT

NOM* : ……..…….. Prénom* : ……

Sexe* : ☐ fille ☐ garçon

Date de Naissance* : …. / …. / .... Ecole* : ……..... Classe* : ……..……..

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* *(pour tous les enfants)* ☐ DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* *(pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018)*

☐ Hépatite B ☐ Rougeole-Oreillons-Rubéole ☐ Méningocoque C

☐ Coqueluche ☐ Pneumocoque ☐ Haemophilus Influenzae type b (HIB)

ALLERGIES*

Asthme : oui ☐ non ☐ Alimentaire : oui ☐ non ☐ Médicamenteuse : oui ☐ non ☐ Autre : oui ☐ non ☐

Précisez les conduites à tenir : _____

_____

PAI* (Projet d'Accueil Individualisé) : oui ☐ non ☐ Date de validité : _____

Enfant bénéficiaire de l'AEEH* : oui ☐ non ☐ Date d'application : _____

DIFFICULTES DE SANTE / RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS / REGIME PARTICULIER

_____

_____

RESPONSABLES LEGAUX

☐Garde alternée

Situation familiale* : ☐Marié.e ☐Pacsé.e ☐Vie maritale ☐Divorcé.e ☐Séparé.e ☐Veuf.ve ☐Célibataire

Représentant n°1

NOM* : ……..

NOM de naissance* : ……..

Prénom* : ……

Sexe* : ☐ femme ☐ homme

Date de naissance* : ……

Lieu de naissance* : ……

Département naissance* : ……

(naissance à l'étranger : indiquer le pays + 99)

Adresse* : ……..

Code Postal* : ……..

Ville* : ……

domicile : _ _/_ _/_ _/_ _/_ _/

et/ou portable* : _ _/_ _/_ _/_ _/_ _/

et/ou professionnel : _ _/_ _/_ _/_ _/_ _/

mail* : ……..

Représentant n°2

NOM* : ……

NOM de naissance* : ……

Prénom* : ……

Sexe* : ☐ femme ☐ homme

Date de naissance* : ……

Lieu de naissance* : ……..

Département naissance* : ……

(naissance à l'étranger : indiquer le pays + 99)

Adresse* : ……..

Code Postal* : ……..

Ville* : ……..

domicile : _ _/_ _/_ _/_ _/_ _/

et/ou portable* : _ _/_ _/_ _/_ _/_ _/

et/ou professionnel : _ _/_ _/_ _/_ _/_ _/

mail* : ……

*Données à compléter obligatoirement

Régime*

☐ Régime Général CAF ☐ MSA ☐ Autre Régime

N° Allocataire CAF : ……..…… N° Allocataire MSA : …… QF = ……

Allocataire : ☐ Responsable n°1 ou ☐ Responsable n°2

AUTORISATIONS PARENTALES*

Nous soussignés …… responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons la direction de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐*Autorisons* notre enfant à quitter la structure d'accueil, accompagné de *(autre que les responsables légaux de l'enfant)* :

NOM Prénom	Qualité (beaux-parents, grands-parents, ami.e, …)	Téléphone	Autorisée à venir chercher l'enfant	À contacter en cas d'urgence
		… / … / … / … / …	☐Oui ☐Non	☐Oui ☐Non
		… / … / … / … / …	☐Oui ☐Non	☐Oui ☐Non
		… / … / … / … / …	☐Oui ☐Non	☐Oui ☐Non
		… / … / … / … / …	☐Oui ☐Non	☐Oui ☐Non

☐*Autorisons* / ☐*N'Autorisons Pas* notre enfant à quitter seul l'Accueil de loisirs ou l'Espace Jeunes

Conditions particulières : ……

……

☐*Autorisons* / ☐*N'Autorisons Pas* les allées et venues libres de notre enfant dans le cadre des animations jeunesse.

☐*Autorisons* le personnel habilité à recueillir auprès d'API Particulier, la CAF et la MSA les informations suivantes : adresse postale, quotient familial, nombre d'enfants à charge

☐*Autorisons* / ☐*N'Autorisons Pas* notre enfant à participer aux sorties organisées par la structure d'accueil et à utiliser les moyens de transports collectifs (cars, trains, …)

☐*Autorisons* / ☐*N'Autorisons Pas* que notre enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités enfance/jeunesse qui se déroulent sur le territoire du Pays de Saint Gilles Croix de Vie et que son image soit utilisée dans les supports d'information et de communication de la Communauté d'Agglomération, du CIAS du Pays de Saint Gilles Croix de Vie, des communes et des associations œuvrant en matière d'accueil enfance/jeunesse du Pays de Saint Gilles Croix de Vie.

☐*Autorisons* / ☐*N'Autorisons Pas* que notre enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités enfance/jeunesse qui se déroulent sur le territoire du Pays de Saint Gilles Croix de Vie et que son image soit utilisée dans les réseaux sociaux de la Communauté d'Agglomération, du CIAS, des communes et des associations œuvrant en matière d'accueil enfance/jeunesse du Pays de Saint Gilles Croix de Vie.

☐Déclarons avoir pris connaissance du.des règlement.s de fonctionnement et nous engageons à le.s respecter.

☐En cas de difficultés liées à l'utilisation du Portail Famille, j'accepte que les services concernés se connectent à nos comptes afin d'assurer l'assistance nécessaire à leur bon fonctionnement.

☐Nous acceptons que les informations recueillies sur ce formulaire soient enregistrées dans un fichier informatisé par le CIAS du Pays de Saint Gilles Croix de Vie et les communes du Pays de Saint Gilles Croix de Vie responsables des services proximité/enfance/scolaire/restauration/jeunesse pour l'inscription, le suivi et la facturation du service. (le refus d'acceptation rend impossible l'inscription)

Les données collectées sont conservées durant les 5 années qui suivent la clôture du dossier de l'enfant et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées du CIAS du Pays de Saint Gilles Croix de Vie et des communes du Pays de Saint Gilles Croix de Vie responsables des services enfance/scolaire/restauration/jeunesse afin d'assurer dans les meilleurs conditions l'accueil scolaire, périscolaire et extrascolaire des enfants.

Les familles peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de leurs données personnelles auprès des services enfance/scolaire/restauration/jeunesse.

Responsable 1, NOM Prénom :

_____

A _____, Le _____ / _____ / _____

Signature

Responsable 2, NOM Prénom :

_____

A _____, Le _____ / _____ / _____

Signature

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

⇨ Livret de famille ou acte de naissance de l'enfant

⇨ Copie pages de vaccination du carnet de santé

⇨ Attestation CAF ou MSA

⇨ Assurance Responsabilité Civile

⇨ PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : si avis médical

⇨ Mandat SEPA + RIB : pour les règlements en prélèvement automatique

ⓘ à présenter : copie du jugement en cas de séparation ou attestation des parents