



Septembre 2024

# DOSSIER D'INSCRIPTION

RENTRÉE 2024-2025

Cher(s) parent(s),

La municipalité d'Allaire souhaite le bien-être de votre enfant. Afin que la prochaine rentrée scolaire se déroule dans les meilleures conditions, nous vous invitons à vérifier les informations et compléter si nécessaire les éléments manquants surlignés.

Ce document est à rendre avant le 7 juillet 2024.

Vous trouverez sur le site internet de la mairie d'Allaire, une fiche explicative, pour effectuer vos démarches à partir de la plateforme BL Enfance.

Mairie d'Allaire : 02 99 71 91 09 / [mairie@allaire.bzh](mailto:mairie@allaire.bzh)

Restaurant Scolaire : 02 99 71 91 90

Garderie municipale : 02 99 71 81 19

ALSH : 02 99 71 86 08 ou 06 59 71 68 26 / mail : [alsh@allaire.bzh](mailto:alsh@allaire.bzh)

## FEUILLE À JOINDRE AVEC LE DOSSIER :

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
Responsables légaux de l'enfant (*)	

(\*) À remplir obligatoirement

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

### ☐ **AUTORISATION AUX SOINS D'URGENCE**

(Case à cocher)

Nous soussignés, M et Mme \_\_\_\_\_, autorisons les soins d'urgence, en cas d'impossibilité de nous joindre, auprès de notre ou nos enfant(s) [Nom(s) et Prénom(s)] \_\_\_\_\_ pour toutes mesures jugées nécessaires.

### ☐ **AUTORISATION DE SORTIES / DÉPLACEMENTS**

(Case à cocher)

J'autorise mon enfant à participer à des sorties, nécessitant ou non un déplacement, dans le cadre des activités péri et extra scolaires.

### ☐ **AUTORISATION DE SORTIR SEUL(E)**

(Case à cocher)

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e).

### ☐ **AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE**

☐ J'autorise mon enfant à être photographié dans le cadre pédagogique.

(Case à cocher)

☐ J'autorise que des photos de mon enfant soient diffusées sur les supports suivants :

(Case à cocher)

☐ Réseaux sociaux et site internet de la commune (case à cocher)

☐ Bulletin municipal (case à cocher)

☐ Presse locale (case à cocher)

### ☐ **ATTESTATION DE CAF À FOURNIR**

(Case à cocher)

J'autorise la mairie à accéder à CAF PRO pour permettre l'actualisation de mon quotient familial.


### ☐ **NOUVEAU RIB À FOURNIR**

En cas de nouveau RIB, merci de le joindre au dossier



# FICHE D'INSCRIPTION

## 2024-2025

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

\* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : :	Date de naissance : :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER			
Contacts existants			

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

## ATTESTATION

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il **traitement** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre **ordonnance** récente et **médicament** correspondant (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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

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

**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** \_\_\_\_\_ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **PRÉCAUTIONS À** \_\_\_\_\_ .)

---



---



---

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile portable travail

Père : portable travail

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant,  
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.  
J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité \_\_\_\_\_

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_