

Septembre 2026



# DOSSIER D'INSCRIPTION

RENTRÉE 2026-2027

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 2026.

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)

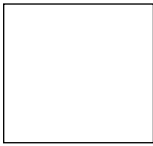
### **ATTESTATION DE CAF À FOURNIR**

(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

## 2026-2027

ENFANT	
Identité	
Nom :	* A fournir si manquant.
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

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**

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

<b>Contact</b>		<b>Contact</b>	
<b>Nom :</b>		<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Type :</b> Père / Mère / Autre (Précisez)		<b>Type :</b> Père / Mère / Autre (Précisez)	
<b>Tél. :</b>		<b>Tél. :</b>	
<b>Portable :</b>		<b>Portable :</b>	
<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON	<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON
<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON	<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				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 AIGÛ	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**

---

---

---

---

---