



DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE / EXTRASCOLAIRE

Année 2026 - 2027

CETTE FICHE RECENSE LES INFORMATIONS OBLIGATOIRES CONCERNANT L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

FICHE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE

1- ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille ☐ Garçon ☐

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT (Merci de cocher la case correspondant à votre réponse)

Nom :

Mère ☐ Père ☐

Prénom :

Autre (A préciser)

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Tél 1 : Mère ☐ Père ☐ Autre ☐

Tél 2 : Mère ☐ Père ☐ Autre ☐

Adresse Mail

Régime : Allocataire CAF 88 ☐ Mutuelle Sociale Agricole ☐ Sans Régime ☐

Nom Prénom de l'allocataire

Numero Allocataire

Joindre obligatoirement une attestation indiquant votre quotient familial

Assurance : Votre enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Compagnie d'assurance :

Numero Contrat :

3 - REFERENT DE L'ENFANT (pour les familles d'accueil ou structures d'accueil).

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Tél :

Adresse Mail :

Infos complémentaires :

4 - VACCINATIONS (Merci de cocher la case correspondant à votre réponse)

Votre enfant est-il à jour dans ses vaccinations ? ☐ OUI ☐ NON

Joindre obligatoirement la photocopie du carnet de santé avec le nom et prénom de l'enfant
OU

Faire remplir par votre Médecin traitant la partie ci-dessous. !

CADRE RESERVE A VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom de l'enfant :

L'enfant est-il à jour dans ses vaccinations ☐ OUI ☐ NON

Le :

Tampon et Signature
du médecin traitant



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (Merci de cocher la case correspondant à votre réponse)☒ Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Oreillons			Rhumatisme		
Coqueluche			Scarlatine			Otite		
Varicelle			Rougeole			Angine		

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		

☒ Votre enfant suit-il un traitement médical ?☐ OUI ☐ NON

Si OUI joindre l'ordonnance et les médicaments (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) ATTENTION, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Informations complémentaires des parents : (Ex : l'enfant porte-il des lunettes, prothèses, A-t-il eu une opération...).

REGIME ALIMENTAIRE (Merci de cocher la case votre choix)

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Menu normal |
| ☐ | Menu sans viande = Poisson ou œuf |
| ☐ | Régime végétarien = Oeuf |
| ☐ | Régime végétalien = Accompagnement seul |

Si Allergie, merci de nous fournir 1 certificat médical ou 1 PAI.
Informations complémentaires :

6 - AUTORISATION (Merci de cocher la case correspondant à votre réponse)☒ J'autorise :

☐ OUI ☐ NON	l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale...), suivant les prescriptions d'un médecin.
---	---

☐ OUI ☐ NON	l'équipe pédagogique à publier et à utiliser les photos, les films pris dans le cadre des activités sur lesquels figure mon enfant, pour être transmis à la presse, mairies, aggro ou supports Internet, revues souvenirs...
---	--

☒ J'autorise les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant sur les différents temps d'accueil.

Merci de présenter ces personnes à l'équipe pédagogique Lor'Anim sinon votre enfant sera remis à la personne désignée sur présentation d'une pièce d'identité.

NOMS PRENOMS :

1		→	
2		→	
3		→	
4		→	
5		→	
6		→	

QUEL EST LE LIEN AVEC VOTRE ENFANT :

☒ Je soussigné, responsable légal, atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis sur cette fiche et m'engage à prévenir l'équipe pédagogique Lor'Anim de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).☒ Je reconnais avoir pris connaissance du livret d'accueil Lor'Anim, et déclare approuver son contenu.Date : Nom Prénom :

Signature

AUCUN retour de dossier par mail ne sera accepté, nous avons besoin des documents originaux.

Merci de votre compréhension.