

FICHE D'INSCRIPTION 2026

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Age _____

Sexe : M / F

	RESPONSABLE 1 <input type="checkbox"/>	RESPONSABLE 2 <input type="checkbox"/>
Compte Facturation		
Lien de parenté*	-----	-----
Nom	-----	-----
Prénom	-----	-----
Adresse	-----	-----
	-----	-----
Code Postal - Ville	-----	-----
Téléphone	-----	-----
E-mail	-----	-----
Profession	-----	-----

*père, mère, tuteur...

Parents : Célibataire Mariés Pacsés Union libre Séparés/Divorcés veuf(ve)

Régime allocataire CAF ou MSA N° Allocataire : _____

Quotient familial : _____ €

Nom de l'allocataire Quotient familial : _____ €

Pensez à nous communiquer tout changement de n° de téléphone ou d'adresse

Autre Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom _____

Tél _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

▪ **Vaccination** : L'enfant est à jour des vaccinations obligatoires Oui Non (fournir les photocopies au nom de l'enfant)

La justification des vaccins obligatoires à jour est requise pour l'admission de votre enfant en collectivité (article L.3111-2 du code de la santé publique). Pour les enfants nés avant 2018, n'est obligatoire que le Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP). Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

▪ **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.

ANTECEDENTS MEDICAUX / PATHOLOGIE	
NATURE	DATE

▪ **Handicap** : Oui Non

Si oui, percevez-vous l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : Oui Non (joindre le justificatif)

▪ **Plan d'Accueil Individualisé (PAI)** : Oui Non (joindre le protocole d'accueil personnalisé)

Si oui, nous vous invitons à nous contacter afin d'organiser l'accueil de votre enfant dans la structure.

ALLERGIES	
NATURE	PRECISEZ
MEDICAMENTEUSE	
ALIMENTAIRE	
AUTRES	

INFORMATIONS OU RECOMMANDATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

▪ Régime alimentaire : Standard Végétarien PAI alimentaire (repas fourni par la famille)

▪ Votre enfant sait nager : Oui Non (joindre le test d'aisance aquatique)

Je, soussigné(e) _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale...).

Article R4127 – 42 du code de la santé publique. En cas d'hospitalisation, si le responsable légal de l'enfant n'est pas présent et demeure injoignable, il revient au médecin de prodiguer les soins nécessaires. Le responsable de la structure ou toute personne ayant reçu délégation à ce titre en cas d'absence ou d'empêchement de responsable accompagnera l'enfant.

Date et signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) _____

Responsable légal de l'enfant _____

Cochez ci-dessous les mentions que vous approuvez :

Je précise que l'enfant **n'a aucune contre-indication médicale ou autre** pour participer à toutes les activités organisées par la structure d'accueil.

J'autorise la structure d'accueil à **véhiculer l'enfant dans le cadre de ses activités.**

J'autorise l'enfant, **sous ma responsabilité, à regagner seul son domicile à la fin des activités** de l'accueil de loisirs.

J'autorise **les personnes suivantes âgées de plus de 16 ans et sur présentation d'une pièce d'identité**, à venir chercher l'enfant à la fin des activités :

- _____
- _____

J'autorise la structure d'accueil à consulter mon quotient familial sur le site CDAP.

J'autorise la structure d'accueil à **réaliser et à utiliser des photos et supports vidéo** sur lesquels mon enfant apparaît, pour diffusion dans les supports d'information de l'Association : site internet et réseaux sociaux Familles Rurales, journaux, programmes, affiches, flyers ; et ce pour une durée de 2 ans.

J'autorise la structure d'accueil à **me faire parvenir des informations relatives à ses activités par courrier électronique (programme, facturation...).**

J'autorise la structure d'accueil à **me faire parvenir, par SMS, des informations relatives à ses activités** (changement d'horaires, annulation...) **aux numéros de portables fournis.**

Je déclare **avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil** et l'accepter dans sa totalité.

Je **certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.**

RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)

J'autorise l'utilisation de mes données pour la création de mon dossier d'adhésion.

Nous sollicitons votre accord d'utiliser vos coordonnées postales, téléphoniques ou vos adresses électroniques pour vous informer de l'actualité des dispositifs pour lesquels vos enfants sont inscrits.

Conformément à la loi RGPD (recueil du consentement des familles à la saisie informatique) nous vous informons que vos données personnelles et celles de vos enfants sont utilisées dans le cadre exclusif des services Familles Rurales de la Drôme pour lesquels vos enfants sont inscrits. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (« Loi Informatique et Liberté » n° 2018-493 du 20 juin 2018). Pour l'exercer, adressez-vous à la structure d'accueil concernée.

Date et signature :