

## Règlement Intérieur

☐ j'affirme avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur 2025-26 de l'Accueil de Loisirs Ty' Mouss.

\*Disponible sur le site [www.famillesrurales.org/sene](http://www.famillesrurales.org/sene) ou mis à disposition à l'entrée de Ty' Mouss

## Renseignements alimentaires

Si votre/vos enfant/s un régime sans porc ☐  
ou signaler PAI (obligatoire une copie) si lié à allergies il faut l'indiquer sur la FICHE SANITAIRE

A Séné, le       /       /       / Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du responsable légal:

## Documents à joindre (réservé à l'administration)

Fiche sanitaire de liaison ☐

Vaccins ☐

Cotisation de 30€ pour adhésion Familles Rurales :

facture de janvier 2026 ☐

ou chèque de 30 € ☐

**SI VOUS AVEZ REGLE LA COTISATION AVEC UNE AUTRE ASSOCIATION familles rurales, MERCI DE L'INDIQUER ET D'APPORTER UN JUSTIFICATIF**

**Association loi 1901, affiliée à Familles Rurales, fédération national reconnue d'utilité publique, agréée et habilitée pour son action :**

*famille - jeunesse - loisirs - éducation - environnement - vie associative - santé - consommation - formation*



Accueil de loisirs Ty'Mouss

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2025/2026

Nom et prénom 1er enfant :

Fille ☐

Garçon ☐

Nom et prénom 2-ème enfant :

Fille ☐

Garçon ☐



MAISON DE L'ENFANCE - 5 Rue des écoles 56860 Séné [www.famillesrurales.org/sene](http://www.famillesrurales.org/sene)

Tél. 02. 97. 66. 03. 65. - mail : [tymouss@sene.bzh](mailto:tymouss@sene.bzh)

Je, soussigné(e).....responsable légal de l'enfant/s

## REINSEGNEMENTS FAMILIAUX

Enfants concernés :

Nom	Prénom	Date de naissance	Nom et ville de l'école fréquenté	Classe scolaire
1				
2				

Responsable légal de(s) l'enfant(s) : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre précisez : .....

Situation familiale :

☐ marié(e) ☐ séparé(e)/ divorcé(e) ☐ vie maritale ☐ veuf (ve) ☐ pacsé(e) ☐ célibataire

LE PERE ☐ LA MERE ☐ AUTRE ☐ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Mail : ..... @.....

Profession : .....

Tél. portable : ..... Tél. professionnel : .....

Tél. professionnel .....

LE PERE ☐ LA MERE ☐ AUTRE ☐ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Mail : ..... @ .....

Profession : ..... Tél. domicile : .....

Tél. portable : ..... Tél. professionnel.....

Pour l'application des tarifs :

N° CAF: ..... ☐ Extérieur

MSA .....(attestation QF à fournir, sans cela QF MAX)

## AUTORISATION PARENTALE

☐ Autorise les responsables de l'accueil de Loisirs Ty' Mouss à présenter mon/mes enfant/s à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

☐ Autorise mon/mes enfant/s à se déplacer exceptionnellement en voiture de DIRECTION (En cas exceptionnels ex : blessure-maux)

☐ Autorise l'accueil de loisirs à photographier librement mon/mes enfant(s) dans le cadre des activités de la structure pour la réalisation de documents de présentation des activités.

*Je suis informé(e) que ces photos/films ne pourront être utilisées sur internet que dans le cadre d'une autre autorisation écrite spécifique de ma part.*

☐ Je certifie avoir contracté une assurance de responsabilité civile couvrant les activités péri et extrascolaires

☐ Autorise les personnes suivantes, âgées de plus de 11ans à venir chercher mon/mes enfant/s (en plus de papa et maman):

1. .... lien avec l'enfant.....

2. .... lien avec l'enfant.....

3. .... lien avec l'enfant.....

4. .... lien avec l'enfant.....

☐ Autorise l'Association Familiale et Culturelle de Séné et l'accueil de loisirs Ty'Mouss à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion à l'association. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant.

A Séné, le        /        /

Signature  
précédée de la mention « Lu et approuvé »



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-26

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil. **Chaque année doit être donnée au vu des éventuelles variations de santé/vaccins**

Enfant : ☐ fille ☐ garçon Date de naissance : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète .....

Accueil : TY'MOUSS

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

OU  
PHOTOCOPIE  
VACCINS avec  
le NOM de  
votre enfant  
(à votre charge)

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. **Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris SANS ORDONNANCE .

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
oui non	oui non	oui non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

III - Allergies :

**ASTHME** oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES .....

**1) PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR** (si automédication le signaler) – **SI PAI COPIE :** ☐

**2) INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS/INDICATION À PRENDRE.**

**3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.**

A Séné, le / / Signature du responsable légal: .....