

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 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

Merci de remplir en écrivant en MAJUSCULE pour une meilleure compréhension

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 »



- Accueil de loisirs Ty'Mouss



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
Diphthérite				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
Orite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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, REEDUCATION) 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: