

DOSSIER DE RE-INSCRIPTION 2025/2026

Accueil de loisirs Ty'Mouss

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant/s

1

Prénom et nom:

Classe 2025-26 :

2

Prénom et nom:

Classe 2025-26 :

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.

J'affirme avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur 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

AUTORISATION PARENTALE

Si votre/vos enfant/s suivent un régime alimentaire régime sans porc
ou signaler PAI (obligatoire une copie) si lié à allergies il faut l'indiquer

MODIFICATIONS DU DOSSIER A SIGNALER : adresse/numéro téléphone, mail ...

Adresse:.....

Num. Tél ou Mail.....

MODIFICATIONS DU DOSSIER A SIGNALER : adresse/numéro téléphone, mail ...

Fiche sanitaire de liaison Photocopie des vaccins

Cotisation 30 € sur facture de janvier 2026 chèque Justificatif d'adhésion auprès de AFCS

Fait à Séné, le ____ / ____ / ____

Signature du responsable légal 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'MOUESS

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
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

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.

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

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
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

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: