

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'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: