



DOSSIER D'INSCRIPTION ANNUEL Périscolaire et Accueil de Loisirs CHANTRAINE



De septembre 2026 à août 2027

L'ENFANT : Fille ☐ Garçon ☐

NOM

PRÉNOM

Adresse

DATE de Naissance

CLASSE

Pratique alimentaire

Standard	Sans viande	P.A.I validé	
		avec repas fourni	sans repas fourni

PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal 1

Nom Prénom

☐ Père ☐ Mère Autre :

Adresse (si différente de l'enfant)

Ville Code Postal

Profession

Mobile

Tél. Travail

Tél. Domicile

@mail

N°CAF/MSA Quotient Familial

Responsable légal 2

Nom Prénom

☐ Père ☐ Mère Autre :

Adresse (si différente de l'enfant)

Ville Code Postal

Profession

Mobile

Tél. Travail

Tél Domicile

@mail

N°CAF/MSA Quotient Familial

Assurance responsabilité civile :

N° contrat :

**Merci de joindre à votre dossier une copie de
l'assurance responsabilité civile**

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1	PARENTS :		
2	NOM : Prénom : Lien de parenté : Tél. :	4	NOM : Prénom : Lien de parenté : Tél. :
3	NOM : Prénom : Lien de parenté : Tél. :	5	NOM : Prénom : Lien de parenté : Tél. :

Je soussigné(e) : _____, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : _____

Signature du responsable :

(obligatoire)

--



AUTORISATIONS PARENTALES SERVICES PERISCOLAIRES ET ACCUEIL DE LOISIRS – CHANTRAINE De septembre 2026 à août 2027



Merci de lire chaque autorisation, de dater et de signer le document.

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS

Je soussigné (e) :

Rentrer seul(e)

Autorise mon enfant (à partir de 6 ans) à rentrer seul à la maison

- après l'accueil périscolaire du soir (17h30 ou 18h30)
- après l'accueil du loisirs (17h)

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

Autorise mon enfant à repartir avec les personnes désignées ci-dessous :

Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____

Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____

Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____

Transport et sorties

Autorise mon enfant à participer aux sorties et autorise le transport de mon enfant dans le cadre de ces activités.

☐ oui

☐ non

Droit à l'image

Autorise les équipes d'animateurs de l'accueil de loisirs et des services périscolaires à prendre des photos de mon enfant et à les diffuser dans les différents supports de communication de la commune (site internet de la Commune, Presse et dans le cadre des activités)

☐ oui

☐ non

Hospitalisation et soins d'urgences

Autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

☐ oui

☐ non

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche

☐

Atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des services périscolaires et extra-scolaires, et en accepter les conditions

À savoir : Les règlements de fonctionnement sont consultables sur le site internet de la mairie : [www.maire-
chantaine.fr](http://www.maire-chantaine.fr)

☐

Date :

Signature :

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Photocopie du carnet de santé OBLIGATOIRE

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomélyte				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Trétacoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente, les **médicaments** correspondants et une **autorisation parentale** pour leur administration. (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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMASTISTE ARTICULAIRE AÏGU	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME : oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES : oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES : oui ☐ non ☐

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

.....

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

☎ Domicile : Bureau :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :