



# Accueil de Loisirs sans hébergement de CHANTRAINE



**Du lundi 16 au vendredi 20 Février 2026**

Horaire journalier de 9 h 00 à 17 h 00

Accueil de 7h30 à 9h00 et départ de 17h00 à 18h30

**Date limite d'inscription : Vendredi 6 Février 2026 dernier délai**

**A fournir : Copie des pages de vaccination du carnet de santé** – pour valider l'inscription, le dossier doit être complet et le paiement règlement effectué.

	Tarif extérieur	Tarif chantrainois (avec la participation communale)
QF < 700	88 €	66 €
QF > 700	100 €	78 €
<b>L'ENFANT</b>		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Sexe :      Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Adresse : N° :                      Voie : CP :                      Ville : Repas sans porc : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    (en cas de non-réponse, le régime avec porc sera donné) Repas sans viande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>RESPONSABLES LEGAUX</b>		
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	
NOM :	NOM :	
Prénom :	Prénom :	
Adresse (si différente de l'enfant) N° rue : Code postal : Ville :	Adresse (si différente de l'enfant) N° rue : Code postal : Ville :	
Tel Portable :	Tel Portable :	
Tel Prof :	Tel Prof :	
Mail :	Mail :	
<b>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</b>		
<b><u>Règlement à l'inscription</u></b> : Chèque, Chèque vacances, bons CAF		
Nom et adresse de la mutuelle :		
N° contrat :	N° allocataire :	
Nom du médecin traitant :	tel :	
<b>PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE</b>		
Nom : Prénom : Lien de parenté : Tél :	Nom : Prénom : Lien de parenté : Tel :	
Nom : Prénom : Lien de parenté : Tél :	Nom : Prénom : Lien de parenté : Tél :	

**AUTORISATION PHOTOS / VIDEOS**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ père, mère, tuteur  
de \_\_\_\_\_, autorise l'équipe d'animation, à filmer, prendre  
des photos de mon enfant lors de la pratique d'activités mises en place par l'accueil de Loisirs de  
Chantraine. Ces images pourront être diffusées sur différents supports (presse, site internet, l'écho de  
Chantraine...). ☐ Oui ☐ Non

**AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
autorise mon enfant : \_\_\_\_\_  
- à repartir seul à la maison : ☐ oui ☐ non  
- 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 : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom : \_\_\_\_\_ lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (à préciser) :	
				.....	

**Pendant l'accueil**, l'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (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 eu les maladies suivantes ?**

	Mal des transports	Varicelle	Rubéole	Rhumatismes	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Angine	Rougeole	Oreillons
OUI										
NON										

**Allergies :** Médicamenteuse : ☐ Oui ☐ Non Alimentaire : ☐ Oui ☐ Non

Asthme : ☐ Oui ☐ Non Autres : .....

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir** (si automédication, le signaler) :

**Indiquer les autres difficultés de santé :** (maladie, accident, hospitalisation, etc.) en précisant les dates et précautions à prendre :

**Recommandations utiles des parents :** (port de lunettes, lentilles, prothèses, etc.).

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare  
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas  
échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues  
nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature du responsable :  
(obligatoire)