



Accueil de Loisirs sans hébergement de CHANTRAINE



Du lundi 13 au vendredi 17 avril 2026

Horaire journalier de 9h00 à 17h00
Accueil de 7h30 à 9h00 et de 17h00 à 18h30

⚠ 49 places disponibles

Date limite des inscriptions : vendredi 3 avril 2026 dernier délai (sous réserves de places disponibles)

Pour valider l'inscription, le dossier doit être complet.

L'ENFANT : Fille ☐ Garçon ☐

NOM

PRÉNOM

Adresse

DATE de Naissance

CLASSE

PRATIQUES ALIMENTAIRES

Standard	Sans viande	Sans porc	P.A.I.

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

Nom et adresse de la mutuelle :

N° contrat :

N° allocataire :

TARIFS

	Tarif chantrainois <i>(avec la participation communale)</i>		Tarif extérieur	
	standard	avec P.A.I.*	standard	avec P.A.I.*
QF < 700	66	50	88	72
QF > 700	78	62	100	84

* P.A.I. : projet d'accueil individualisé

Règlement à l'inscription : chèque, chèque vacances, bons CAF, virement, espèces *(merci de faire l'appoint)*

Libellé du chèque : RR Chantraine ALSH

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

ACCUEIL DE LOISIRS – CHANTRAINE



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 rentrer seul à la maison après l'accueil de loisirs (17h).

☐ 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 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 de l'accueil de loisirs 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 extra-scolaires, et en accepter les conditions

☐

À savoir : Le règlement de fonctionnement est consultable sur le site internet de la mairie : 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	
Poliomyélite				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 :