

# DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2026/2027



Merci de cocher les  
services utilisés par vos  
enfants

Accueil Périscolaire ☐  
ALSH Casseneuil ☐

| ENFANT(S)                                                                                                  |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom / Prénom :</b><br>Né(e) le : _____ à _____<br>Ets Scolaire : _____<br><b>Assurance et N°:</b> _____ | <b>Nom / Prénom :</b><br>Né(e) le : _____ à _____<br>Ets Scolaire : _____<br><b>Assurance et N°:</b> _____ |
| <b>Nom / Prénom :</b><br>Né(e) le : _____ à _____<br>Ets Scolaire : _____<br><b>Assurance et N°:</b> _____ | <b>Nom / Prénom :</b><br>Né(e) le : _____ à _____<br>Ets Scolaire : _____<br><b>Assurance et N°:</b> _____ |

\* Les factures seront envoyées à l'adresse du Responsable légal.

| RESPONSABLE LEGAL : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE : .....                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom(s) / Prénom(s) :</b><br>Adresse : _____<br>CP / VILLE : _____<br>tél : _____<br><b>Portable:</b> _____<br>Email : _____<br>Profession: _____<br>employeur : _____ | N° Sécurité Sociale : _____<br>N° CAF : _____<br>N° MSA : _____<br><b>Situation de Famille:</b><br>Célibataire ( ) Divorcé ( ) Marié ( ) Veuf-ve ( ) En couple ( )<br>Souhaite être membre actif et avoir dro oui non |

| RESPONSABLE LEGAL : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE : .....                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom(s) / Prénom(s) :</b><br>Adresse : _____<br>CP / VILLE : _____<br>tél : _____<br><b>Portable:</b> _____<br>Email : _____<br>Profession: _____<br>employeur : _____ | N° Sécurité Sociale : _____<br>N° CAF : _____<br>N° MSA : _____<br><b>Situation de Famille:</b><br>Célibataire ( ) Divorcé ( ) Marié ( ) Veuf-ve ( ) En couple ( )<br>Souhaite être membre actif et avoir dro oui non |

| DEPLACEMENT DE L'ENFANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>AUTORISATION DE RETOUR SEUL(E) OU NON AUTORISÉ(E) À PARTIR SEUL(E)</b><br><br><b>Personnes habilitées à venir</b> NOM Prénom : _____ Tél. : _____<br><b>chercher le ou les enfants</b> NOM Prénom : _____ Tél. : _____<br>NOM Prénom : _____ Tél. : _____<br>NOM Prénom : _____ Tél. : _____<br>** (indiquer la situation par rapport à l'enfant : conjoint, grand-parents, oncle, ami, ...) | Situation ** |

JE SOUSSIGNÉ M. OU MME.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT.....

DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.

AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et activités proposées par le centre de loisirs

AUTORISE le centre de loisirs à prendre en photo ou à filmer mon enfant, dans le cadre des activités et pour le site Internet.

AUTORISE le centre de loisirs à faire hospitaliser mon enfant en cas d'ACCIDENT GRAVE



La famille atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engage à le respecter

Fait à :

Le :

SIGNATURE :

Pièces à fournir :

- Attestation CAF/MSA ou numéro d'allocataire
- Certificat médical d'aptitude aux activités sportives et de non contagion
- Attestation carte vitale
- Attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| <b>MÉDECIN TRAITANT :</b><br>Nom :<br><br>TÉL : |
|-------------------------------------------------|

**NOUS NE SOMMES PAS AUTORISÉS À DONNER DES MÉDICAMENTS AUX ENFANTS**

RENSEIGNEMENTS ENFANT (S) :      Mon ou mes enfants sont à jours de leurs vaccinations ☐

|                        | Nom / Prénom : | Nom / Prénom : | Nom / Prénom : | Nom / Prénom : |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| DERNIÈRES VACCINATIONS | Né(e) le :     | Né(e) le :     | Né(e) le :     | Né(e) le :     |
| BCG                    | Le :           | Le :           | Le :           | Le :           |
| DT POLIO               | Le :           | Le :           | Le :           | Le :           |
| R.O.R                  | Le :           | Le :           | Le :           | Le :           |
| HÉPATITE               | Le :           | Le :           | Le :           | Le :           |
| AUTRES                 | Le :           | Le :           | Le :           | Le :           |

|                                                                                                              |            |            |            |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b><br><u>Maladies déjà contractées</u><br><br><i>Rayer les mentions inutiles</i> | RUBÉOLE    | RUBÉOLE    | RUBÉOLE    | RUBÉOLE    |
|                                                                                                              | VARICELLE  | VARICELLE  | VARICELLE  | VARICELLE  |
|                                                                                                              | SCARLATINE | SCARLATINE | SCARLATINE | SCARLATINE |
|                                                                                                              | COQUELUCHE | COQUELUCHE | COQUELUCHE | COQUELUCHE |
|                                                                                                              | OTITES     | OTITES     | OTITES     | OTITES     |
|                                                                                                              | ROUGEOLE   | ROUGEOLE   | ROUGEOLE   | ROUGEOLE   |
|                                                                                                              | OREILLONS  | OREILLONS  | OREILLONS  | OREILLONS  |
|                                                                                                              | ASTHMES    | ASTHMES    | ASTHMES    | ASTHMES    |
|                                                                                                              | Autre :    | Autre :    | Autre :    | Autre :    |

|                           |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|
| Traitement médical actuel |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|

|           |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|
| ALLERGIES |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|

|                         |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Mon enfant sait nager : | oui <input type="checkbox"/><br>non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/><br>non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/><br>non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/><br>non <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

**Renseignements supplémentaires :**

**Signature du responsable légal :**