

FICHE D'INSCRIPTION PRIMAIRES

6-10 ANS

ANNEE 2026/2027

**1. L'enfant**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Activité(s) Pratiquée(s) : ACCUEIL DE LOISIRS

Existe-t-il un PAI  oui  non - Existe -t-il un protocole  oui  non (merci de préciser)

Votre enfant est-il en situation de handicap ?  oui  non (merci de préciser et joindre la notification MDPH)

**Vous devez obligatoirement fournir les documents correspondants**

**2. Responsables de l'enfant**

	Représentant légal 1	et/ou	Représentant légal 2
NOM Prénom Date de naissance			
Adresse			
Téléphone Fixe			
Mail			
Téléphone Portable			
Téléphone Professionnel			
Profession/ Employeur			
N° Sécurité Sociale			

### 3 . Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant (hormis les parents) :

**Seules les personnes majeures sont autorisées à récupérer l'enfant**

Nom	Prénom	Portable	Lien de parenté	Age

### 4. Autorisations :

Je soussigné M. / Mme (NOM Prénom) \_\_\_\_\_

#### Merci de cocher les cases :

- Certifie exacts les renseignements portés sur le dossier sanitaire.
- Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées par le Mixcube dans le cas contraire, je m'engage à prévenir la direction par écrit.
- Autorise /  n'autorise pas les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.
- Autorise /  n'autorise pas les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.
- M'engage à rembourser le Mixcube les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison de soins prodigués.
- Autorise /  n'autorise pas mon enfant à repartir seul à la fin des activités.
- Certifie avoir souscrit une police d'assurance en responsabilité civile pour mon enfant.
- Date : \_\_\_\_\_
- Signature :

#### Merci de fournir :

**2 exemplaires** : fiche d'inscription, fiche sanitaire, photocopies des vaccins, droit à l'image et le règlement intérieur signé

**1 exemplaire** : l'avis d'imposition 2025 sur revenu 2024 du foyer fiscal

**2 photos d'identité**

# CESSION DU DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), (nom, prénom) .....  
demeurant à l'adresse suivante : .....  
.....  
représentant légal de mon enfant : .....  
né le.../.../.... ... à .....

**AUTORISE LA CESSION DE DROIT A L'IMAGE DE MON ENFANT**

La présente autorisation comprend la reproduction, la publication et la diffusion des images sous leur forme initiale ou après adaptation pour des raisons techniques, par tout procédé.

Sur les supports suivants : journal municipal, site internet de la Ville, réseaux sociaux de la Ville et autres supports d'édition.

Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la (ou les) photographie(s) ne devront pas porter atteinte à la réputation de mon enfant ou à sa vie privée.

**N'AUTORISE PAS LA CESSION DE DROIT A L'IMAGE DE MON ENFANT**

Fait à Saint-Genis-laval, le .....

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

***Vous pouvez nous faire part ultérieurement de votre souhait que la diffusion de ces images, sur quelque support que ce soit, cesse en contactant le service communication de la Ville de Saint-Genis-Laval par courriel à : [communication@saintgenislaival.fr](mailto:communication@saintgenislaival.fr)***

# Fiche sanitaire de liaison accueil de loisirs

Allergies : médicamenteuses  oui  non  
 alimentaires  oui  non  
 asthme  oui  non  
 autres  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

---

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---

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.

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel		Vaccins recommandés	Date	
	oui	non		oui	non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

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
<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	<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	

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---

### V - Regime alimentaire :

Standard

Avec viandes sans porc

Sans viandes sans porc

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

---