

**DOSSIER D'INSCRIPTION 2021/2022**  
**ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE**  
**ACM PIROU**

*(Garderie, Temps du midi, Accueils de Loisirs mercredis et vacances)*

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

NOM et Prénom du/des Représentant(s) Légal (aux) :

Adresse complète : .....

Téléphone du/des Représentant(s) Légal (aux) : .....

Régime allocataire :  CAF  MSA  Non Allocataire

Numéro d'allocataire : .....

Quotient Familial (au 1<sup>er</sup> Septembre 2021) : .....

**Numéros d'Urgence**

Téléphone 1 : ..... Nom Prénom ..... lien de parenté : .....

Téléphone 2 ..... Nom Prénom ..... lien de parenté : .....

Téléphone 3 : ..... Nom Prénom ..... lien de parenté : .....

Téléphone 4 : ..... Nom Prénom ..... lien de parenté : .....

**Scolarité 2021 / 2022**

Ecole : .....

Classe de l'enfant : ..... Enseignant de l'enfant : .....

**Assurance En Responsabilité Civile :**

Nom et Adresse de la compagnie : .....

N°Contrat : .....

**Joindre impérativement une attestation d'assurance**

**Responsable légal PARENT 1**

- Civilité :  Mr       Mme       Melle
- Lien de Parenté : \_\_\_\_\_
- Nom : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de Naissance : \_\_\_\_\_
- Téléphone domicile : \_\_\_\_\_
- Portable : \_\_\_\_\_
- E-mail : \_\_\_\_\_
- Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_
- Employeur : \_\_\_\_\_
- Téléphone travail : \_\_\_\_\_
- Adresse Employeur : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Situation familiale : \_\_\_\_\_

**Responsable légal PARENT 2**

- Civilité :  Mr       Mme       Melle
- Lien de Parenté : \_\_\_\_\_
- Nom : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de Naissance : \_\_\_\_\_
- Téléphone domicile : \_\_\_\_\_
- Portable : \_\_\_\_\_
- E-mail : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_
- Employeur : \_\_\_\_\_
- Téléphone travail : \_\_\_\_\_
- Adresse Employeur : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Situation familiale : \_\_\_\_\_

**Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant :**

INTERDIT	NOM et PRENOM	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

## Inscriptions Activités

### ACCUEIL PERISCOLAIRE GARDERIE

(Tous les jours d'école de 7H30 à 9H et de 16H30 à 18H30)

**Mon enfant participera à la garderie périscolaire**

- Le matin :**  régulièrement  
 Ponctuellement
- Le soir :**  régulièrement  
 Ponctuellement

### Temps du midi

(Tous les jours d'école de 12H à 12H45 pour les primaires et de 12H45 à 13H30 pour les maternelles)

**Mon enfant participera au Temps du midi**

- régulièrement  
 Ponctuellement

### ACCUEIL PERISCOLAIRE EXTRASCOLAIRE

(Le mercredi et les vacances scolaires tous les jours de 7H30 à 18H30)

**Inscription à l'aide du coupon-réponse distribué à chaque période**

**Mon enfant participera au Centre de loisirs**

- Le mercredi :**  régulièrement  
 Ponctuellement
- Vacances scolaires**  régulièrement  
 Ponctuellement

**FICHE D'AUTORISATIONS**

- Je soussigné Mr et/ou Mme.....
- Responsable légal de l'enfant.....

Autorise	N'autorise pas	Détails des autorisations
		Mon enfant à participer aux sorties proposées par l'accueil de loisirs
		L'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités et à utiliser ces photos dans la presse locale, site internet de la structure, des affichages, des expositions exclusivement vouées à la promotion des activités de la structure
		La directrice à consulter les informations financières disponibles sur CAF PRO pour l'élaboration du tarif des activités proposées
		L'équipe d'animation à administrer un traitement médical à mon enfant (fournir une ordonnance médicale et une autorisation parentale)
		L'équipe d'animation à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)
		Mon enfant à utiliser les moyens de transport mis à disposition de l'accueil de loisirs (Bus, Minibus ....)
		Mon enfant à se baigner à la piscine ou à la mer sous la responsabilité des animateurs de l'accueil de loisirs

Fait à..... , Le.....

**Signature :**

**ATTENTION**

**L'inscription aux accueils périscolaires et extrascolaires ne sera prise en compte définitivement qu'à réception de ce dossier rempli en totalité !  
Merci de votre compréhension.**

**DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION :**

- Ce dossier rempli en totalité !
- Photocopie des vaccins
- Attestation d'assurance en responsabilité civile
- Attestation de Quotient Familial

**Pauline FLAHAUT**

Directrice de l'Accueil de Loisirs de Pirou  
Maison du Pays de Lessay  
11 Place St Cloud 50430 LESSAY  
Tél : 02.33.46.84.69

Mail : [msap@maisondupaysdelessay.fr](mailto:msap@maisondupaysdelessay.fr)

Page Facebook : Maison du Pays de Lessay

Coordonnées Accueil de Loisirs de Pirou :  
02.33.07.82.07 / 07.54.39.74.06

Mail : [enfancepirou@maisondupaysdelessay.fr](mailto:enfancepirou@maisondupaysdelessay.fr)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

- ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  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 administré sans ordonnance.

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

