



## FICHE D'INSCRIPTION

Nom : ..... Etablissement scolaire : .....  
Prénom : ..... Classe : .....  
Date de Naissance : ..... Accueil de loisirs Ados : .....  
Téléphone du jeune : .....

### Père

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  
Courriel : .....  
Autorité parentale :  oui  non

### Mère

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  
Courriel : .....  
Autorité parentale :  oui  non

OU

### Si non responsable Légal

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Courriel : ..... Autorité parentale :  oui  non

### Personnes à contacter en cas d'urgence

| Nom – Prénom | Lien de Parenté | 📍 Domicile | 📞 Portable |
|--------------|-----------------|------------|------------|
|              |                 |            |            |
|              |                 |            |            |

### Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

| Nom – Prénom | Lien de Parenté | 📍 Domicile | 📞 Portable |
|--------------|-----------------|------------|------------|
|              |                 |            |            |
|              |                 |            |            |

### Allergies

Asthme  oui  non      Médicamenteuses  oui  non      Alimentaires  oui  non  
Autres : .....  
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....  
.....

### Santé

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre

.....  
.....  
.....

**Médecin**

Nom et Prénom: .....

N° de Téléphone : .....

**Assurance**

Nom : .....

Police : .....

**Allocataire**

Nom Allocataire : .....

N°: .....

Caisse : .....

**Pièces à Fournir**

Copie des vaccinations (sous enveloppe)

Fiche d'inscription recto/verso

Règlement intérieur signé

**AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile  OUI  NON

Si oui indiquer précisément les conditions d'autorisation (heure, jour, destination) : .....

.....

J'autorise le personnel responsable à prendre toute mesure nécessaire (appel médecin, hospitalisation...) par l'état de santé de mon enfant  OUI  NON

J'autorise par la présente l'organisateur à consulter mes données personnelles (Quotient familial) par l'intermédiaire de la CDAP de la CAF ou compte partenaire MSA, en vue d'appliquer la tarification correspondant à mes revenus  OUI  NON

Je soussigné(e) .....certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur, de la tarification, des modalités de paiement, de l'ensemble des conditions de fonctionnement de l'Accueil péri et extra-scolaire Ados.

|                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Année scolaire<br/>2023-2024</b> | <b>Année scolaire<br/>2024-2025</b> | <b>Année scolaire<br/>2025-2026</b> | <b>Année scolaire<br/>2026-2027</b> | <b>Année scolaire<br/>2027-2028</b> |
| <b>Date et Signature</b>            | <b>Date et Signature</b>            | <b>Date et Signature</b>            | <b>Date et Signature</b>            | <b>Date et Signature</b>            |

L'inscription et la participation de votre enfant aux accueils péri et extra scolaires ne sera effective qu'à réception du dossier d'inscription et des fiches de pré-inscriptions – périscolaire – mercredis – vacances – séjour dûment remplies et signées.



|  |   |
|--|---|
| <h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON</h1> | <p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p> |
|--|---|

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui                      | non                      | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                            |       |
| BCG                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                            |       |

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

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               | SCARLATINE  |
| 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 <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| 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"/> |   |

**ALLERGIES :**    ASTHME                    oui     non                     MÉDICAMENTEUSES    oui     non

                         ALIMENTAIRES    oui     non                     AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE POUR LES ACCUEILS ADOS, SEJOUR, ENGAGEMENT CITOYEN ET CHANTIERS JEUNES

Conformément au Règlement Général de la Protection des Données (RGPD) et à la réglementation de la CNIL, vous avez le droit de vous opposer à la diffusion des images de votre enfant (\*)

Je soussigné (e),

**Madame, Monsieur :** .....

**Père, Mère ou Responsable Légal de l'enfant :** .....

**Adresse :** .....

**Courriel :** .....

J'autorise que des films, des photos et enregistrement de la voix de mon enfant soient réalisés et que ces derniers pourront être utilisés à des fins non commerciales  OUI  NON

À utiliser les photos et vidéos sur les réseaux sociaux et sur le site internet de la Communauté de Communes du Grand Armagnac.  OUI  NON

À utiliser l'image de mon enfant sur tous supports de communication de la Communauté de Communes du Grand Armagnac (ex : Affiches, flyers, etc.).  OUI  NON

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom, j'autorise la Communauté de Communes du Grand Armagnac, à communiquer sur les supports sus mentionnés les images (photos et vidéos) prises dans le cadre des **accueils ados, séjour, engagement citoyen et chantiers jeunes**. Dans ce cadre, elles pourront être confiées à des tiers (journalistes, agence de communication) pour les besoins de communication, de promotion ou de publicités de l'institution, des services et des activités qui s'y rattachent.

Le bénéficiaire de l'autorisation procédera à l'exploitation des images uniquement sur les supports de communications externes définis ci-dessus. Il s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les images, objets de la présente, dans tous les supports à caractères pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de l'image ou du nom de mon enfant.

**Fait à** ....., **le** ...../...../.....

### Signature du représentant légal (si mineur(e))

*(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)*

*(\*) Les données personnelles collectées dans le cadre de la présente sont destinées et conservées exclusivement dans nos services. Outre le droit d'opposition mentionné ci-dessus, vous disposez de plusieurs autres droits dans les limites prévues par le RGPD et la réglementation de la CNIL. Vous pouvez nous contacter à [rgpd@grand-armagnac.fr](mailto:rgpd@grand-armagnac.fr)*

## LISTE DES AFFAIRES

- Pyjama
- Chaussons (obligatoire)
- Affaires de toilettes
- Serviette de toilette
- Sac à dos
- Gourde
- Tee-shirts
- Baskets ou bonnes chaussures pour la marche
- Sous-vêtements
- Des paires de chaussettes
- Sweat /pulls
- Pantalons jeans et/ou jogging
- Blouson ou coupe-vent avec capuche (vêtement imperméable)
- Casquette
- Tenue de sport

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE DURANT LE  
SEJOUR SAUF PRESCRIPTION MEDICALE**