

Fiche Inscription enfant 2025/2026

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	

Médecin traitant		
Numéro de téléphone		
Vaccination à jour *	OUI	NON
Des Allergies ? <i>(Si OUI, lesquels ? Un traitement ?)</i>	OUI	NON

* Copie du carnet de vaccinations à jour ou certificat médical attestant des vaccinations à jour

Autorisations

Autorisation de sortie du Centre seul(e) ? <i>(Si NON, renseigner les personnes autorisées à récupérer votre enfant)</i>	OUI	NON
Autorisation de photographier votre enfant ?	OUI	NON
Autorisation de transport dans un véhicule du Centre ou autre ? (Sorties, ambulance ou pompier)	OUI	NON
Personne à prévenir en cas d'accident NOM + Téléphone		

Inscription aux activités suivantes :

-	_____	-	_____
-	_____	-	_____
-	_____	-	_____

Informations complémentaires à l'inscription

Ces informations sont importantes pour l'Equipe.

Elles nous permettent d'accompagner votre enfant dans les meilleures conditions possibles, dans le respect de l'accès aux loisirs pour toutes et tous et dans le respect des règles de sécurité physique et affective.

Elles resteront confidentielles.

N'hésitez pas à prendre contact avec l'Equipe pour un temps de rencontre, afin de préparer au mieux l'accueil de votre enfant.

NOM	
PRENOM	
AGE	
CLASSE ET ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE	

Votre enfant est-il porteur de Handicap ? **OUI** **NON**
Si oui, de quel type de trouble souffre-t-il ? (Auditif, visuel, TDAH, TDA, TSA, Dyslexie, dyscalculie, dysphasie, etc...)

.....

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est-il déjà mis en place ? **OUI** **NON**
Si oui, merci de nous transmettre le document.

Votre enfant a-t-il une reconnaissance MDPH (Maison Départementale pour les personnes Handicapées) ? **OUI** **NON**
EN COURS D'INSTRUCTION
Si oui, merci de nous transmettre le document.

Votre enfant a-t-il une aide scolaire AESH (Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap) ? **OUI** **NON**

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'allocation AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ? **OUI** **NON**
Si oui, merci de nous transmettre le document.

Souhaitez-vous la mise en place d'un bilan régulier entre vous et l'équipe (Conseils que vous pourriez apporter, retour de l'équipe) ? **OUI** **NON**

Avez-vous des informations complémentaires sur votre enfant à nous transmettre afin de l'accueil dans les meilleures conditions possibles ? **OUI** **NON**

Coordonnées téléphoniques des parents / responsables de l'enfant :