

# Dossier d'inscription

**ANNEE 2024/2025**

GROUPE SCOLAIRE

LARNOD

**NOM DE L'ENFANT :** .....

Photo

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

Prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_

Tarif :  tranche 1  tranche 2  tranche 3  tranche 4

Souhaitez-vous une facture ?\*: *OUI* *NON*

Date d'inscription: \_\_\_\_\_  valable pour l'année **2024/25**

Votre enfant nage t'il seul ? : \_\_\_\_\_

Mutuelle: \_\_\_\_\_ N°de mutuelle: \_\_\_\_\_

Assurance extra scolaire: \_\_\_\_\_

Autorisation d'intervention médicale/chirurgicale ? : *OUI* *NON*

Lieu d'hospitalisation: \_\_\_\_\_

Médecin traitant (nom, prénom, ville, n° de tel): \_\_\_\_\_

L'enfant peut rentrer seul ? :  Oui  Non

Type de repas: \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'accident:  
Nom, prénom, qualité et téléphone

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Personne autorisée à récupérer l'enfant:  
Nom, prénom, qualité et téléphone

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du responsable: \_\_\_\_\_ Civilité: \_\_\_\_\_

Prénom du responsable: \_\_\_\_\_ Situation de famille: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Quartier: \_\_\_\_\_

Tel (domicile): \_\_\_\_\_ Tel (pro): \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N°de sécu. : \_\_\_\_\_ Centre de sécu. : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF: \_\_\_\_\_

**Je soussigné** \_\_\_\_\_ **déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus**

**Fait à** \_\_\_\_\_ **le:** \_\_\_\_\_

**signature :**

## PHOTOS ET VIDEOS

<b>Objet : <u>Droit à l'image</u></b>	<b><u>Accueil de loisirs sans hébergement</u></b>
	<b>GROUPE PSL 25</b> 16, chemin de Courvoisier 25000 BESANCON

Madame et/ou monsieur \_\_\_\_\_ autorise(nt) l'organisateur à  
*Nom de famille*

photographier et/ou filmer mon enfant \_\_\_\_\_ au cours d'activités de  
loisirs. *Nom et prénom(s) de l'enfant*

Cette utilisation ne peut être faite que dans le strict cadre d'actions pédagogiques ou d'information : documents de présentation des séjours de vacances, journal ou site internet réalisé par les enfants...

L'utilisation se fera sur :

- un support très précis (par exemple clé USB, site internet de la commune de Larnod)
- tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique).

Cette utilisation ne concerne que :

- la période du séjour concerné
- la durée de vie de la présentation (du journal, du blog...) précisée.

Les différents clichés ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres fins.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent mon enfant est garanti. Je pourrai donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait, et je dispose du droit de retrait de ces productions si je le juge utile.

<i>Date et Signature de l'organisateur :</i>	<i>Date et signature(s) de(s) la personne(s) responsable(s) : deux parents ou tuteurs de l'enfant...</i>
--	--

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

**ALLERGIES :** ASTHME

non

oui  non

MÉDICAMENTEUSES

oui

ALIMENTAIRES

oui  non

AUTRES

.....  
**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

**3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Fait à,

le,

## AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....  
autorise mon enfant ..... à participer aux trajets (en  
autocar, en minibus ou à pied) et aux sorties organisés par Groupe PSL 25 à l'extérieur  
des locaux de « l'Ecole du Craît » de la commune de Larnod.

Fait à ....., le .....  valable pour l'année 2024/2025

Signature du représentant légal