



FICHE D'INSCRIPTION 2026/2027 ACCUEIL DE QUARTIER

ENFANT

NOM :	_____	Prénom :	_____	☐ Garçon	☐ Fille		
Né le :	__ / __ / ____	à	_____	ECOLE 2026/2027 :	_____	Classe :	_____
Adresse :	_____		Code postal :	_____	Ville :	_____	

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre :

	Représentant 1	Représentant 2					
NOM – PRÉNOM :	_____	_____					
Adresse : (Si différente de l'enfant)	_____	_____					
Code postal	_____	Code postal	_____	Ville :	_____	Ville :	_____
N° téléphone :	__ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __	__ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __					
Adresse mail :	_____ @ _____	_____ @ _____					

INSCRIPTIONS

☐ PISSOT	☐ CASTILLON	☐ DOUS HAOUS
---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

AUTORISATIONS

❖ **PERSONNES AUTORISÉES à récupérer mon enfant** (au moins une personne OBLIGATOIREMENT et autre que les parents)

Nom, prénom : _____ N°tel : __ / __ / __ / __ / __ Qualité : _____

Nom, prénom : _____ N°tel : __ / __ / __ / __ / __ Qualité : _____

Nom, prénom : _____ N°tel : __ / __ / __ / __ / __ Qualité : _____

	OUI	NON
J'autorise les équipes des structures de l'Association à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tout support de communication : photos, films, site Internet, article de presse, reportage vidéo...	☐	☐
J'autorise mon enfant à partir seul (à partir de 8 ans uniquement) ☞ <i>Tout enfant de - de 8 ans doit être accompagné et récupéré sur l'Accueil de Quartier</i>	☐	☐
J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du Centre Sauf :	☐	☐
J'autorise les responsables de la Commune ou de l'Association à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale y compris sous anesthésie générale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant, suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur		

SANTE DE L'ENFANT

Dans le cadre de la politique inclusive et afin d'adapter et favoriser l'accueil de votre enfant, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

❖ Si votre enfant est-il en situation de handicap ? ☐ OUI * ☐ NON *

Si oui, précisez : _____

Bénéficie-t-il de l'AEEH ? ☐ OUI ☐ NON

❖ Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, rééducation, etc.) en précisant les **précautions à prendre** :

.....

❖ Votre enfant est-il : - Asthmatique ? ☐ OUI * ☐ NON

- Allergique ? ☐ OUI * ☐ NON

Précisez la nature de l'allergie (médicamenteuse, alimentaire...) et la conduite à tenir :

.....

❖ Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécial ? ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ autre :

❖ Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, Précisez : ☐ Avec PAI* ☐ Sans PAI

* Joindre le dernier PAI, une ordonnance récente et les médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice), sur chaque structure.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.

❖ VACCIN DTP Pollio : Date du dernier rappel

❖ Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, mouille son lit, etc...

ADMINISTRATIF

❖ N° de Sécurité Sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : _____

❖ N° d'allocataire CAF : _____

❖ Nom de l'Assurance EXTRASCOLAIRE : _____ N° de police : _____

Dans le cadre de notre réglementation du Ministère de la Jeunesse et des Sports, nous avons dorénavant l'obligation de vous informer que « les responsables légaux ont intérêt à souscrire un contrat d'assurance « dommage corporel ou individuel, accident ou garanties des accidents de la vie » sans le cas de pépin sans tiers responsable. Merci d'en prendre note.

❖ Nom du médecin traitant : Ville : Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Nous, soussigné(s) :

responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et acceptons le traitement de nos données et celles de notre enfant.
- Nous nous engageons à prévenir de tout changement

Nous nous engageons également à respecter le règlement intérieur en vigueur de la structure concernée dont une copie m'a été remise

Fait à Tarnos, le :

Signature des parents :