

FICHE D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS : 2026/ 2027

☐ Primaire ☐ Maternel ☐ Ados ☐ Clamecy ☐ Coulanges/Yonne

ENFANT

Nom :

Prénom:

Date de Naissance :

FAMILLE

Père	Mère
Nom : Prénom : Adresse: CP : Ville: Adresse mel : Profession : Employeur:	Nom: Prénom: Adresse: CP: Ville: Adresse mel : Profession : Employeur:

N° sécurité sociale : Mutuelle :
N° allocataire Caf: Caf d'origine:
Assurance extra scolaire :

Frère et soeur de la famille agés de 0 à 18 ans :

Nom	Prénom	Né(e) le	Nom	Prénom	Né(e) le

Facture adressée à :

J'autorise l'Espace Social à utiliser les photos des activités pour toute publication et communication externe (journal, site internet, etc...) ☐ OUI ☐ NON

Personnes à prévenir en cas d'urgence(autre que les parents): (noms et n° de téléphone)

.....

Personnes autorisé à venir récupérer les enfants (autre que les parents): (noms et n° de téléphone, lien de parenté)

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

Compléter le dossier au verso→

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccinations (se référer au carnet de santé) Fournir une copie des vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		BCG	
Ou Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

Attention: si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication (le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

Renseignements concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ☐ Oui ☐ Non (joindre une ordonnance)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes:

	Oui	Non
Rubéole	☐	☐
Varicelle	☐	☐
Angine	☐	☐
Coqueluche	☐	☐
Otite	☐	☐

	Oui	Non
Rougeole	☐	☐
Oreillons	☐	☐
Rhumatisme articulaire aigu	☐	☐
Scarlatine	☐	☐

Allergies :

	Oui	Non
Asthme	☐	☐
Alimentaires	☐	☐
Médicamenteuses	☐	☐
Autres	☐	☐

Cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre : (hospitalisation, opération...)
Recommandations utiles :

	Oui	Non
Lunettes	☐	☐
Prothèses auditives	☐	☐
Prothèses dentaires	☐	☐
Autres	☐	☐

Régime alimentaire	Oui	Non
Sans porc	☐	☐
Végétarien	☐	☐
Végétalien	☐	☐
Autres	☐	☐

Médecin traitant : 

Responsable de l'enfant:

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant
 déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'Espace Social des Vaux d'Yonne à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :