


FICHE D'INSCRIPTION

ANNEE 2026

Dossier colonie d'Auroux

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de Naissance :	
* A fournir si manquant.	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro de la police d'assurance :

REGIME D'AFFILIATION*
CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/>
Numéro :

* Joindre l'attestation

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1 (adresse principale du portail famille)	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Identité			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche). L'autorisation décharge la responsabilité de la collectivité au départ de l'enfant.	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures (périscolaire, centre de loisirs, colonie) ou les activités de la BCD.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON
Sortie sur les temps périscolaires : Nous autorisons notre enfant à sortir avec les animateurs du service enfance jeunesse pour participer aux activités organisées en dehors de l'établissement (attention : sur la pause méridienne, seuls les enfants autorisés à sortir pourront être inscrits à la cantine ce jour-là)	OUI / NON
Transport : Nous autorisons notre enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs et à utiliser le transport choisi pour l'organisateur (vélo, minibus ou société de transport)	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire ou gouttière : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Points de fragilité au quotidien	Réponse
Votre enfant rencontre-t-il des difficultés :	
Avec le groupe	OUI / NON
Activités manuelles	OUI / NON
Activités sportives	OUI / NON
Difficultés avec le bruit	OUI / NON
Difficulté avec l'alimentation	OUI / NON
Le sommeil	OUI / NON
Quels moyens avez-vous trouvé pour apaiser votre enfant si vous avez répondu oui à une des questions précédentes	
A contrario, qu'est ce qui pourrait l'agiter ?	
Handicap : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et vous percevez l'AEEH ?	OUI / NON
Si vous le souhaitez, merci de préciser la pathologie diagnostiquée :	

Régime alimentaire	Réponse
Régime normal	OUI / NON
Régime sans porc	OUI / NON
Régime sans viande (sans repas substitutif)	OUI / NON

Données complémentaires	
Quel est le poids de votre enfant :	
Quelle est la taille de votre enfant :	
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? :	OUI / NON
Merci d'indiquer si votre enfant sait nager	OUI / NON OUI avec brassard

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- ATTESTATION EMPLOYEUR MERE (pour l'année scolaire en cours) concerne **uniquement** les garderies du matin et du soir
- ATTESTATION EMPLOYEUR PERE (pour l'année scolaire en cours) concerne **uniquement** les garderies du matin et du soir
- ATTESTION CAF ou MSA avec le quotient familial (**à réactualiser au 1^{er} janvier de chaque année**)
- ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE (année en cours ou année scolaire **à réactualiser selon l'échéance**)

ATTESTATION

Nous, soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir lu, compris et acceptons le règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Les informations collectées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement de données dont la finalité est la gestion de l'inscription scolaire. Les destinataires de vos données sont les services de la scolarité de la commune. Pour plus d'information sur l'utilisation de vos données et l'exercice de vos droits, contacter nos services.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement