



ASSOCIATION 123 SOLEIL

DOSSIER D'INSCRIPTION 2025 - 2026

PHOTO

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM DE L'ENFANT : FILLE GARÇON

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

VILLE DE NAISSANCE :

ECOLE :

CLASSE :

SITUATION FAMILIALE

RESPONSABLE LÉGAL 1 : PÈRE MÈRE AUTRE RESPONSABLE LÉGAL 2 : PÈRE MÈRE AUTRE AUTORITÉ PARENTALE : OUI NON AUTORITÉ PARENTALE : OUI NON

NOM :

NOM :

PRÉNOM :

PRÉNOM :

PROFESSION :

PROFESSION :

ADRESSE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

COMMUNE :

TÉL. PORTABLE :

TÉL. PORTABLE :

TÉL. TRAVAIL :

TÉL. TRAVAIL :

ADRESSE MAIL @ :

ADRESSE MAIL @ :

EN CAS DE SEPARATION DES PARENTS :

GARDE ALTERNÉE/PARTAGÉE : OUI NON EXISTENCE D'UN JUGEMENT (À FOURNIR SI EXISTANT)GARDE EXCLUSIVE : OUI NON RESPONSABLE LEGAL :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que parents)

NOM ET PRENOM :

N° DE TELEPHONE :/...../...../...../.....

LIEN DE PARENTÉ :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

DANS LE CAS OÙ LES PARENTS SONT INJOIGNABLES, CES PERSONNES SERONT SUSCEPTIBLES D'ÊTRE CONTACTÉES
POUR VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT

SI LA PERSONNE EST MINEURE MERCI DE FOURNIR UN JUSTIFICATIF ECRIT

1 : NOM- PRÉNOM : TÉL: LIEN DE PARENTÉ :
2 : NOM- PRÉNOM : TÉL: LIEN DE PARENTÉ :
3 : NOM- PRÉNOM : TÉL: LIEN DE PARENTÉ :
4 : NOM- PRÉNOM : TÉL: LIEN DE PARENTÉ :

PERSONNES INTERDITES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT (fournir un jugement si existant)

1 : NOM- PRÉNOM LIEN DE PARENTÉ :

2 : NOM- PRÉNOM LIEN DE PARENTÉ :

ALIMENTATION - SANTÉ

VOTRE ENFANT MANGE-T-IL DE LA VIANDE : OUI NON / MON ENFANT A UN P.A.I. : OUI (à fournir) NON

VOTRE ENFANT PERÇOIT-IL UNE ALLOCATION AEEH (ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ) :

OUI (fournir l'attestation AEEH) NON INFORMATIONS CAF

N° D'ALLOCATAIRE CAF :

LES AUTORISATIONS

J'AUTORISE LE PERSONNEL À SORTIR MON ENFANT DE L'ENCEINTE DE L'ÉTABLISSEMENT POUR LES
 JE N'AUTORISE PAS SORTIES EN GROUPE.

J'AUTORISE L'ACCÈS À MON QUOTIENT FAMILIAL SUR CAF.PARTENAIRES.
 JE N'AUTORISE PAS

J'AUTORISE L'ASSOCIATION À COMMUNIQUER PAR MAIL (INSCRIPTIONS, INFORMATIONS, ETC...).
 JE N'AUTORISE PAS

J'AUTORISE L'ÉQUIPE DE DIRECTION À PRENDRE, EN CAS D'URGENCE, LES MESURES (TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT, EN ACCORD AVEC LES MÉDECINS.

DROIT A L'IMAGE - AUTORISATION PARENTALE :

Dans le cadre de son accueil, votre enfant pourra être photographié ou filmé. Ces images ont une visée pédagogique et seront utilisées à des fins de diffusion sur les supports de communication associés à l'association (blog et gazettes à destination des familles, site internet de l'association).

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit à l'effacement concernant l'image/la voix enregistrée et utilisée dans le cadre décrit ci-dessus.

Responsable légal 1 : Signature :

Responsable légal 2 : Signature :

L'enfant : Signature :

AUTORISATIONS SPÉCIFIQUES À L'ÉLÉMENTAIRE :

J'AUTORISE MON ENFANT À RENTRER SEUL APRES LA CLASSE ÀH..... LES :
 LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

J'AUTORISE MON ENFANT À RENTRER SEUL LE MERCREDI ÀH.....

JE N'AUTORISE PAS MON ENFANT À RENTRER SEUL

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

FILLE GARÇON **EN CAS
D'URGENCE****RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT :**

PORTABLE : / / / / TRAVAIL : / / /

RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT :

PORTABLE : / / / / TRAVAIL : / / /

AUTRES PERSONNES POUVANT ÊTRE CONTACTÉES EN CAS D'URGENCE ET DE PRISE DE DÉCISION :

NOM/PRÉNOM : TEL. : / / / LIEN :

NOM/PRÉNOM : TEL. : / / / LIEN :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :**cocher et dater les vaccins réalisés + fournir les carnets de vaccination**

- DIPHTÉRIE, TÉTANOS ET POLIOMYÉLITE (DTP) : / /
- INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUE : / /
- MÉNINGOQUE DE SÉROGROUPE C : / /
- INFLUENZA DE TYPE B : / /
- INFECTIONS INVASIVES À HAEMOPHILUS : / /
- COQUELUCHE : / /
- HEPATITE B : / /
- ROUGEOLE, OREILLONS ET RUBÉOLE : / /
- FIEVRE JAUNE (facultatif) : / /

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- MON ENFANT BÉNÉFICIE D'UN P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) : OUI NON
SI OUI, JOINDRE LE PROTOCOLE, L'ORDONNANCE DU MÉDECIN ET LES MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES (BOÎTES DE MÉDICAMENTS AVEC LA NOTICE DANS LEURS EMBALLAGES D'ORIGINE MARQUÉES AU NOM DE L'ENFANT).

MON ENFANT EST :

- ALLERGIQUE, PRÉCISEZ L'ALLERGIE :
- ASTHMATIQUE, PRÉCISEZ LA CAUSE :
- SUJET À D'AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ NÉCESSITANT UNE SURVEILLANCE PARTICULIÈRE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...).
PRÉCISEZ :
- PORTEUR DE LUNETTES, LENTILLES DE CONTACT, APPAREIL DENTAIRE, PROTHÈSES AUDITIVES OU AUTRE APPAREIL.
PRÉCISEZ :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : N° DE TÉLÉPHONE : / / /

SIGNATURE OBLIGATOIRE :