



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

RESTAURATION/PERISCOLAIRE/VACANCES

Année 2026 : du 01/01/2026 au 31/12/2026



Régime alimentaire

Sans régime Sans porc Végétarien/sans viande

Pour toute allergie alimentaire, il est nécessaire de fournir un PAI à la direction de l'accueil de loisirs.

Arrivées et départs de l'accueil de loisirs

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul.

Pièce justificative requise : Attestation sur l'honneur du/des responsables/s légal/ux.

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom	Prénom	Tél	Lien parenté	Contact en cas d'urgence

Toute personne autre que le/s responsable/s légal/ux doit se munir d'une pièce d'identité

Données personnelles

J'accepte que mes informations personnelles soient collectées et utilisées conformément à la politique de confidentialité pour la gestion de l'inscription aux activités PERISCOLAIRE/RESTAURATION/VACANCES¹.

Je soussigné(é) :

Responsable de l'enfant légal :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs et en accepter les termes sans restriction.
- Autorise l'équipe du service enfance jeunesse éducation à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation) après consultation des services de secours.
- Autorise le service à utiliser les photos de mon enfant pour publication à visage découvert sur leurs supports (bulletin municipal, Illiwap, page Facebook) et autorise mon enfant à participer aux projets vidéo sur la structure (diffusion en interne uniquement).

DATE :

SIGNATURE :

Pièces justificatives

Attestation de quotient familial Copie du carnet de vaccination

L'ENFANT		
Nom		Prénom
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Date de naissance
SI L'ENFANT EST SCOLARISE SUR LA COMMUNE DE L'HORME		
Ecole :	Classe :	
VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR DE HANDICAP ?		
<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI (fournir attestation MDPH)
	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Tél portable		
Tél pro		
Email		

Quotient Familial

Nom Allocataire CAF :

N° Allocataire CAF :

J'autorise le service enfance jeunesse éducation à consulter mes données sur Caf Pro, à défaut ou si aucune information n'est disponible, la tarification maximale sera appliquée.

¹ Le responsable du traitement est la commune de L'Horme. La finalité du traitement est la gestion des affaires scolaires, périscolaires, extrascolaires et petite enfance. Vous bénéficiez sur vos données personnelles d'un droit d'accès, de rectification et

d'effacement, d'un droit à la portabilité, à la limitation, et d'opposition dans les conditions prévues par la réglementation. En savoir plus sur <https://www.ville-horme.fr/donnees-personnelles/>



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :