

**LISTE DES DOCUMENTS A NOUS RETOURNER POUR
UN DOSSIER D'INSCRIPTION POUR L'ANNÉE
2025-2026**

**LE DOSSIER DEVRA IMPÉRATIVEMENT COMPORTER TOUTES CES
PIÈCES AU MOMENT DE L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT**

- Fiche sanitaire
- Chèque d'adhésion de 30€ **PAR FAMILLE**
- Justificatif de votre coefficient CAF
- Photocopie du carnet de vaccination (DTPolio obligatoire)
- Attestation d'assurance scolaire et **extra-scolaire**
- Photo de votre/vos enfant(s)
- Fiche « Autorisations parentales » complétée et signée
- Fiche « Autorisation parentale de soins » complétée et signée
- Justificatif de l'AEEH, si votre enfant en bénéficie
- Autorisation de prélèvement remplie et signée avec un RIB

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS ET D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e), **[Nom et prénom du parent ou tuteur légal]**

.....
titulaire de l'autorité parentale sur l'enfant :

[Nom et prénom de l'enfant],.....

né(e) le **[date de naissance]**,

demeurant au **[adresse complète]**,.....
.....

autorise le personnel encadrant de l'Association Les Belins Belines, ainsi que tout professionnel de santé, à prendre toute décision médicale nécessaire en cas d'accident ou d'urgence concernant mon enfant pendant sa participation aux activités du centre.

J'autorise également son transport et son éventuelle hospitalisation si cela s'avère nécessaire.

Les Informations complémentaires :

• N° de sécurité sociale de l'enfant :

• Médecin traitant : **[nom et coordonnées]** :

• Allergies connues / traitement en cours : **[à préciser ou indiquer "néant"]**

Valable pour la période du 1er septembre 2025 au 10 juillet 2026

Fait à Saint Laurent d'Agny, le / /

Signature du représentant légal :



AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), M ou Mme
père, mère, tuteur* de (des) l'enfant(s)

- **autorise / n'autorise pas** * mon (mes) enfants à participer aux sorties organisées par les Belins Belines et encadrées par l'équipe d'animation.

- m'engage à respecter le règlement de l'association Belins Belines approuvé lors de l'Assemblée Générale du 27 juin 2024, et ce, après lecture.

- **autorise / n'autorise pas** * l'équipe d'animation de Belins Belines à prendre en photo notre (nos) enfant(s) dans le cadre du service Périscolaire et Accueil de loisirs des mercredis et des vacances scolaires exclusivement, et valable pour l'année scolaire 2025/2026

- Diffusion en externe (compte Facebook de l'Association et Trait d'Union (Mairie) oui non

- Diffusion sur la newsletter des Belins (uniquement destinée aux adhérents de l'association) oui non

Ces photos seront, par ailleurs, affichées dans les locaux des Belins Belines.

- atteste sur l'honneur avoir vérifié l'exactitude des renseignements concernant ma famille et mon (mes) enfant(s) sur le Portail Famille.

Fait à Saint-Laurent-d'Agnny, le

Signature :

* rayer la mention inutile



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
 MEDICAMENTEUSES 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 :