



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2026/2027

## PIÈCES À FOURNIR

Liste des pièces obligatoires à fournir lors de l'inscription :

- Fiche d'inscription complétée recto-verso et signée**  
*Toutes les rubriques doivent être renseignées. Signature des responsables légaux obligatoire.*
- Copie de l'attestation du Quotient familial CAF**  
*En cours de validité. Permet de calculer le tarif applicable à la famille.*
- Copie des vaccins à jour**  
*Copie du carnet de vaccination ou attestation du médecin.*
- P.A.I (si nécessaire)**  
*Obligatoire pour tout enfant nécessitant un protocole médical particulier (Allergie, asthme ...).  
A fournir avec ordonnance médicale et trousse de soin au nom de l'enfant.*

### **Documents complémentaires :**

- Brevet 50 m. (si nécessaire)
- Test aisance aquatique (si nécessaire)

(Pour classement)

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM :

Notes et observations du secrétariat :

Dossier vérifié par :

Date :

Dossier complet :  Oui     Non

Pièces manquantes :



# FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE ENFANT/ADO

Renouvellement inscription ? :  OUI  NON

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHÉRENT MINEUR

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin Garde alternée :  OUI  NON

## RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1 Financier :  Responsable légal :

Parenté :  Père  Mère  Tuteur  Grands -parents

Civilité :  M.  Mme

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Parent 2 Financier :  Responsable légal :

Parenté :  Père  Mère  Tuteur  Grands -parents

Civilité :  M.  Mme

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente du Parent 1) \_\_\_\_\_

## E-MAIL OBLIGATOIRE

Envoi des factures par mail

@: \_\_\_\_\_

@: \_\_\_\_\_

**INSCRIPTION :** Vacances  Activité hebdomadaire  Garderie

Mercredis Loisirs sans option  Mercredis Loisirs avec option  laquelle : .....

## GÉNÉRALITÉS

### Régime allocataire CAF

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Nom allocataire : \_\_\_\_\_

Caisse CAF Calvados :  Oui si non, laquelle : .....

Autorisez-vous la consultation de votre QF via CAFRO ?

OUI  NON

### Situation financière

Quotient familial : \_\_\_\_\_

Date d'effet : \_\_\_\_\_

### Statistiques

Catégories Sociaux Prof : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

Autorisons notre enfant à rentrer seul dès la fin de ses activités  Oui  Non

Autorisons la baignade (mer et/ou piscine) pour le centre de loisirs, stages et séjours  Oui  Non

Autorisons les pratiques sportives prévues durant le centre de loisirs, stages, séjours et ateliers hebdomadaires  Oui  Non

Autorisons les responsables à transporter mon enfant vers les différents lieux d'activités  Oui  Non

Autorisons les responsables à faire pratiquer tous soins ou opérations nécessaires en cas d'urgence  Oui  Non

Autorisons les responsables habilités de LA PRAIRIE Centre d'animation à reprendre mon enfant après les soins aux urgences sur présentation d'une carte professionnelle.  Oui  Non

Avons pris connaissance qu'en dehors des heures d'ouverture et de fonctionnement de(s) activités considérée(s), l'encadrement de l'enfant n'est pas assuré  Oui  Non

# PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom - Prénom :	Téléphone :	Lien de parenté :
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

## DEMANDE DE CONSENTEMENT UTILISATION DES DONNÉES PERSONNELLES (RGPD)

Je soussigné(e), M. Mme ( *Nom-Prénom* ) \_\_\_\_\_

Accepte que **La Prairie Centre d'Animation** enregistre et traite les données à caractère personnel et sanitaire que j'ai renseignées dans le dossier d'inscription ou document remis. Je prends note que le traitement de mes données répond aux finalités suivantes :

- Gestion du dossier d'inscription aux activités
- Gestion de l'enfant durant toutes ses activités
- Communication
- Statistiques

Vos données personnelles seront conservées pour **une durée de 4 ans** après votre inscription sauf si vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant dans les conditions décrites ci-après. Conformément à la Loi informatique et Libertés et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez d'un droit d'accès à toutes vos données recueillies. Vous disposez également d'un droit de retrait de votre consentement à tout moment, d'opposition, de restitution et de suppression de vos données **en adressant un courriel à : [accueil.laprairie@gmail.com](mailto:accueil.laprairie@gmail.com)**

## AUTORISATION DE PRISES DE VUE ET DE DIFFUSION

Dans le cadre des activités et projets du Centre d'Animation La Prairie, votre enfant peut être pris en photo ou filmé. Ces images pourront, sous réserve de votre autorisation, être utilisées **sur les supports de communication de l'association ou de ses partenaires** (plaquettes, écrans numériques, expositions, affichage, site internet, presse locale, rappotes d'activité, réseaux sociaux de l'association). Je soussigné(e), M. Mme ( *Nom-Prénom* ), \_\_\_\_\_

responsable légal de l'enfant :

**autorise**

**n'autorise pas**

la prise de vue, reproduction et diffusion de l'image prise dans le contexte précédemment exposé.

## FICHE SANITAIRE

*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).*

**NOM et téléphone du médecin traitant :** .....

**Votre enfant suit-il un traitement médical ?**  OUI  NON Si oui, lequel ? .....

**Votre enfant a-t'il un PAI ?**  OUI  NON

**Copie des vaccins fournie**  OUI

Si oui, **joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondants** (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de famille de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**Votre enfant est-il allergique ?**  OUI  NON (Si oui, joindre certificat médical précisant la cause de l'allergie, signes évocateurs et conduite à tenir)

Si oui, précisez (alimentaire, médicament, animaux, plantes, pollen, autres...) : .....

**Votre enfant présente-t'il un handicap particulier ?**  OUI  NON **Si oui, bénéficie-t'il de l'AAEH ?**  OUI  NON

Si oui, précisez : .....

**Votre enfant présente-t'il des contre-indications à la pratique d'activités physiques ?**  OUI  NON

Si oui, précisez la raison : .....

**Votre enfant a-t'il un régime alimentaire particulier ?**  OUI  NON

Si oui, précisez (sans sucre, sans porc, végétarien...) : .....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :** Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou prothèses auditives, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc... .....

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 les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

**Date :**

**Signature du responsable légal :**