



# Dossier d'inscription famille

2026-2027

LES ENFANTS		
Nom	Prénom	Âge

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

## 1. SITUATION FAMILIALE :

Responsable légal n°1 (père, mère, tuteur...)	Responsable légal n°2 (père, mère, tuteur...)
Personne devant figurer sur la facture	Personne devant figurer sur la facture
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Nom

Prénom

Situation familiale\*  
(ex : marié(e), pacsé(e), vie maritale)

Si différente du Responsable n°1

Adresse

Code Postal

Ville

Adresse mail\*

Téléphone\*\* (domicile)

Téléphone\*\* (professionnel)

Téléphone\*\* (portable)

\* facultatif - \*\* renseigner au moins un numéro de téléphone

## 2. TYPE DE RÉGIME :

- Régime général    n° allocataire CAF : .....
- MSA\*    n° allocataire MSA\* : .....

\* Pour les familles allocataires MSA, merci de nous fournir votre attestation MSA (en cours)

CAF : Caisse d'Allocations Familiales - MSA : Mutualité Sociale Agricole

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

### Premier enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  Fille  Garçon

### Deuxième enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  Fille  Garçon

### Troisième enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  Fille  Garçon

### Quatrième enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  Fille  Garçon

## AUTORISATIONS

### 1. PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT : (Hors responsables légaux)

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Autorisées à venir chercher l'enfant	À prévenir en cas d'urgence
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### 2. DROIT À L'IMAGE :

J'autorise, mon/mes enfant(s) à être photographié(s), filmé(s) et enregistré(s) pendant les activités par l'équipe d'animation de la structure.

Ces images pourront être utilisées pour illustrer les outils de communication de l'Association (expositions photos dans nos accueils de loisirs, journal, plaquette, site internet de l'Association, etc ...).  OUI  NON

## AUTORISATIONS (SUITE)

### 3 . DÉMATÉRIALISATION ET RGPD\* :

J'autorise l'Association à m'envoyer les factures mensuels à l'adresse citée dans le dossier

OUI  NON

J'autorise l'Association à collecter mes données personnelles et les données de santé de mon/mes enfant(s) uniquement pour le fonctionnement des activités sans aucune diffusion externe.

OUI  NON

\* RGPD : Règlement général sur la protection des données

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant / des enfants  
..... :

- M'engage à signaler tout changement de situation familiale, de domicile ou de numéro de téléphone.
- M'engage à signaler tout trouble de la santé et / ou changement d'état de santé de mon enfant et à fournir tout document ou Protocole d'Accueil Individualisé (certificat médical et ordonnance).
- Autorise mon / mes enfants à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs ou de jeunes permises par la réglementation des accueils collectifs de mineurs, y compris les sorties à pied, à vélo, en bus ou minibus, à la piscine, en camping.
- Autorise le responsable de la structure :
  - En cas d'urgence médicale (maladie grave, vomissement suspect, accidents...) à prendre les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital le plus proche par un service compétent (pompiers, ambulance).
  - À faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.
  - En cas de malaise ou d'accidents bénins, s'il n'a pu me joindre sur mon portable, à mon domicile ou sur mon lieu de travail, à faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche.

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ASSOCIATION

J'atteste avoir pris connaissance du Règlement Intérieur 2026 - 2027 en vigueur et des différentes règles de fonctionnement de l'Association en lien avec les structures d'accueil et à en accepter et respecter les conditions dès l'établissement de ce dossier.

Fait à ..... le .....

Signature du responsable légal :