Cadre réservé à la direction du club
Dossier reçu le :
Agent ayant traité le dossier **:**

CLUB DE LOISIRS « LA RECRE DU SAMEDI »
DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2025-2026
(Inscription valable du 1er septembre 2025 au 31 août 2026)

Cochez la mention utile :
☐ Première inscription au Club de Loisirs.
☐ Réinscription au Club de Loisirs.
NOM DE L'ENFANT : .....
PRENOM DE L'ENFANT : .....

Cochez la mention utile :
☐ L'enfant sera inscrit dans le groupe des 3-6 ans
☐ L'enfant sera inscrit dans le groupe des 7-12 ans

/!\ LES ENFANTS DOIVENT ÊTRE PROPRES POUR ACCEDER AU CLUB DE LOISIRS !

Documents obligatoires pour l'inscription

- Dossier d'inscription dûment complété et signé
- Copie du carnet de vaccinations à jour ou certificat médical *(voir fiche sanitaire de liaison)*
- Attestation CAF ou MSA mentionnant le Quotient Familial
- Attestation d'assurance extrascolaire / responsabilité civile individuelle
- 1 photo de l'enfant (taille photo d'identité)
- Copie du PAI de l'enfant si nécessaire

Ce dossier devra être retourné par e-mail au Service Animation de l'association
cdl.larecre@gmail.com

Au siège social de l'association dans une enveloppe au nom de l'enfant
Service Animation « Anim avec Thomas » - 64 rue des lilas, 72160, LA CHAPELLE-SAINT-REMY

Tous les documents demandés doivent accompagner le dossier lorsqu'il est retourné.
L'adhésion au Club de Loisirs sera facturée sur la première facture (fin septembre 2025)

Avant de retourner votre dossier, merci de vérifier que celui-ci est complet. Les dossiers incomplets ne seront pas validés et seront retournés aux familles.

ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Sexe : ☐ Garçon / ☐ Fille

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

École fréquentée : ..... Classe : .....

Nom du médecin traitant (obligatoire) .....

P.A.I : Toute famille d'enfant allergique, asthmatique ou atteint de trouble nécessitant l'administration d'un traitement devra fournir la copie d'un P.A.I si l'enfant en possède un.

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

	Responsable légal 1	**Responsable légal 2**
Lien avec l'enfant		
NOM (+ nom de naissance)		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Adresse complète		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse e-mail		
Profession (facultatif)		
Employeur (facultatif)		
Téléphone professionnel (facultatif)		

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

NOM – Prénom	**Numéro de téléphone**	**Lien avec l'enfant**

AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS PARENTAUX

Je soussigné(e) : .....
Responsable légal de l'enfant : .....

- Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées par le club de loisirs :
  ☐ Oui
  ☐ Non
- Autorise mon enfant de **plus de 6 ans** à rentrer seul du club de loisirs :
  ☐ Oui
  ☐ Non
- Autorise mon enfant à participer aux sorties pédagogiques sur tous les temps d'animation du club de loisirs :
  ☐ Oui
  ☐ Non
- Autorise mon enfant a être conduit sur les lieux de sorties à pied, en bus ou en minibus conduit par un membre de l'équipe d'animation, dans le respect de la règlementation routière :
  ☐ Oui
  ☐ Non
- Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées par le club de loisirs :
  ☐ Oui
  ☐ Non
- Autorise que mon enfant soit filmé, photographié pendant les activités, pour tout support de diffusion du club de loisirs (affiches, sites web, blog, réseaux sociaux, etc.) :
  ☐ Oui
  ☐ Non
- Atteste avoir pris connaissance du Règlement Intérieur du club de loisirs :
  ☐ Oui
  ☐ Non
- M'engage à respecter les règles de fonctionnement du club de loisirs consignées dans le règlement intérieur.
- M'engage à reprendre mon enfant si son comportement est jugé incompatible avec le respect du règlement intérieur.
- M'engage à fournir un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) si mon enfant a un problème de santé qui doit être pris en charge.

Fait à le

Signature obligatoire du responsable légal 1

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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 :

LA
RÉGRÉ