



# DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT

Mis en application à partir de juillet 2025.

Date de l'inscription : .....

Nom (en majuscule) de l'enfant : .....

Prénom (en majuscule) de l'enfant : .....



Garçon  Fille  Commentaire libre : .....

Date et lieu de naissance : ..... /...../..... à ..... Nationalité : .....

Je soussigné(e) M, Mme.....

**Inscrit cet enfant en qualité de :**

Parent  Représentant légal  Autre : .....

Adresse .....

Code postal : ..... Ville : .....

Si Rouen quel quartier : .....

Etablissement Scolaire : ..... Classe : .....

N° Allocataire C.A.F : ..... Quotient familial : .....

N° Sécurité Sociale : ...../..... Organisme : .....

**Père – Représentant légal n° .....**

**Mère – Représentant légal n° .....**

	Père – Représentant légal n° .....	Mère – Représentant légal n° .....
<i>Nom Prénom</i>		
<i>Téléphone du domicile</i>		
<i>Téléphone du travail</i>		
<i>Téléphone Portable</i>		
<i>Profession</i>		
<i>E-Mail</i>		

Garde alternée

Situation de famille : Célibataire – union libre – mariés - pacsés – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve)

En cas de séparation des parents, indiquer les coordonnées du deuxième parent : (Nom Prénom – Adresse complète – n° de tel)

.....  
.....

Autres contacts :

Nom : ..... Qualité.....Tél. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom : ..... Qualité.....Tél. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1. ALLERGIES

ALIMENTAIRES :  OUI  NON .....

MEDICAMENTEUSES :  OUI  NON .....

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  OUI  NON .....

**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 :

.....

## 2. VACCINATION (se référer au carnet de vaccination ou certificats de vaccination)

Enfant né <b>avant</b> le 1er janvier 2018				Enfant né <b>après</b> le 1er janvier 2018			
VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Date	VACCINS RECOMMANDÉS	Date	VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Date	VACCINS RECOMMANDÉS	Date
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		Tuberculose (BCG)		Diphtérie, Tétanos, Coqueluche acellulaire, Poliomyélite (DTCaP)		Tuberculose (BCG)	
		Coqueluche		Haemophilus Influenzae Type B		Varicelle	
		Rubéole, Rougeole, Oreillons (ROR)		Rubéole, Rougeole, Oreillons (ROR)		Grippe	
		Varicelle		Hépatite B		Zona	
		Hépatite B		Pneumocoque		Rotavirus	
		Zona		Méningocoques A, C, W, Y		Papillomavirus (HPV)	
		Haemophilus Influenzae Type B		Méningocoques B			
		Pneumocoque					
		Méningocoques					
		Papillomavirus (HPV)					

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

## 3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ..... kg Taille : ..... cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Votre enfant suit-il un traitement médical ? :  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.**

NOM ET TELEPHONE MEDECIN TRAITANT : .....

PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

OUI  NON

Si oui, merci de fournir les documents correspondants ainsi que les médicaments nécessaires, au plus tard le premier jour de l'Accueil de loisirs. De plus, précisez ci-dessous la conduite à tenir (Sans documents, aucun médicament ne pourra être administré par l'ALSH)

Votre enfant a-t-il :

- DES TOUBLES DU COMPORTEMENT : .....
- UN HANDICAP : .....
- DES DIFFICULTES CONCERNANT LA VIE EN COLLECTIVITE : .....
- AUTRES : .....

**En cas de situation particulière nécessitant un accompagnement spécialisé, merci de prendre contact avec la direction de l'Accueil de Loisirs. Dans le cas où la prestation AEEH est perçue, merci de fournir l'attestation correspondante.**

#### 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Lunettes, lentilles, appareils dentaires ou auditifs, comportement, sommeil, énurésie nocturne...

J'autorise l'équipe de direction de l'ALSH ou du séjour à prendre les mesures médicales nécessaires impliquant mon enfant (mesures d'urgences en cas d'accident, hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical sur ordonnance, ...).

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

### AUTORISATIONS

- J'autorise - mon enfant à rentrer seul(e) à la fin de l'Accueil de Loisirs ou de son activité annuelle.
- Je n'autorise pas
- J'autorise - mon enfant (inscrit au club de football) à rentrer seul(e) du stade à la fin de l'entraînement ou de la rencontre.
- Je n'autorise pas

AUTORISE

M, Mme .....qualité.....

M, Mme .....qualité.....

M, Mme .....qualité.....

à récupérer mon enfant à la sortie de l'Accueil de Loisirs ou au stade Saint-Exupéry.

#### POUR TOUT CHANGEMENT, ENVOYER UN MAIL A

[relation.usager@mjcgrieu.org](mailto:relation.usager@mjcgrieu.org) avec le nom de la personne autorisée à récupérer votre enfant et sa pièce d'identité.

Le personnel de la MJC Grieu - Centre Social est autorisé à consulter notre dossier allocataire CDAP de la CAF afin d'accéder directement aux ressources (Quotient Familial, Revenus annuels, Nombre d'enfants à charges) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL.

J'autorise mon enfant à participer aux diverses activités et sorties de la MJC.

J'autorise le personnel de la MJC Grieu est à photographier ou filmer mon enfant et à faire usage, de manière non-lucrative, de l'image de mon enfant, notamment pour publication sur les réseaux sociaux. La MJC s'engage à flouter le visage des enfants.

Je m'engage, le cas échéant, à signaler par écrit à l'équipe de direction toute modification devant être apportée à la présente fiche sanitaire de liaison en cours d'année scolaire.

J'ai pris connaissance du règlement de l'accueil de loisirs mis en application en juillet 2025, joint à ce dossier, **je m'engage à le respecter dans son ensemble et accepte les conséquences annoncées en cas de non-respect de celui-ci.**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans la base de données INOE gérée par AIGA et utilisée par la MJC GRIEU pour **gérer les activités de la structure**. La base légale du traitement est l'**intérêt légitime**. Les données collectées seront communiquées aux seuls employés de la MJC GRIEU. Les données sont conservées pendant **5 ans après la dernière inscription**. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur

effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. **Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données en contactant la MJC GRIEU.** Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter [contact@mjcgrieu.org](mailto:contact@mjcgrieu.org). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature :

**Cadre réservé à l'administration**

Documents fournis :

- Attestation de quotient familial ou avis d'imposition
- Copie du carnet de santé ou certificat médical
- Enfant à besoins spécifiques :  PAI  AEEH

Notes :