

**Regroupement Pédagogique Intercommunal
Canaules-Savignargues-Saint-Théodoric
Accueil périscolaire CROCMINIONS
Transport scolaire**



Fiche d'inscription et de renseignements 2026/2027

■ **ENFANT**

Nom Prénom ☐ Garçon ☐ Fille
 Date de naissance Classe et établissement fréquenté
 Adresse domicile CP Commune

Régime alimentaire de l'enfant :

■ **RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT** ☐ Mère ☐ Père **Situation familiale**

	Parent 1 ou autre :	Parent 2 ou autre :
NOM - PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
N° téléphone professionnel		

Régime allocataire ☐ **CAF** : n° allocataire (7 chiffres) Quotient Familial €
☐ **MSA** : n° allocataire Quotient Familial €
A défaut ☐ **Revenu Fiscal Référence** € Nb part Quotient Familial €
 (à fournir)

■ **AUTORISATIONS**

	Oui	Non
J'autorise le centre de loisirs éducatif à consulter mon dossier allocataire sur le site Internet de la Caisse d'Allocations Familiales afin de définir le tarif <i>*Si vous refusez l'accès au service Consultation des Données Allocataires par les Partenaires, vous devez impérativement nous fournir votre dernier avis d'imposition OU votre attestation de quotient familial en cours de l'organisme qui verse les prestations familiales (CAF, MSA, ...). Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.</i>		
J'autorise le centre de loisirs éducatif à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique, pour la présentation et l'illustration des activités du centre à durée indéterminée. Une exploitation de ces photos et de ces vidéos est à but non commercial.		
J'autorise le responsable du centre de loisirs ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.		

Merci de remplir le verso

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité sera demandée) :

Nom-Prénom	Téléphone	Lien de parenté
Nom-Prénom	Téléphone	Lien de parenté
Nom-Prénom	Téléphone	Lien de parenté

N° de Sécurité Sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché)

N° de Sécurité Sociale de l'enfant

Nom de l'assurance (joindre justificatif) N° de police

■ SANTÉ DE L'ENFANT

Vaccinations (joindre les copies des pages de vaccinations du carnet de santé de votre enfant ou des certificats de vaccination)

Renseignements médicaux de l'enfant dans le cadre d'un PAI (projet d'accueil individualisé)

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI.

Votre enfant est-il : Asthmatique ? ☐ Oui ☐ Non Allergique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, s'agit-il d'une allergie médicamenteuse ? ☐ Oui ☐ Non Alimentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier qui nécessite la fourniture du repas par vos soins ? ☐ Oui ☐ Non

Existe-t-il un P.A.I. à l'école ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, j'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre connaissance du PAI établi avec l'école ☐ Oui ☐ Non

Indiquez ci-après, si votre enfant est en situation de handicap

☐ Oui ☐ Non

Si oui, une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil.

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.

.....

• Médecin traitant

Nom Prénom Téléphone

Adresse CP Commune

Je reconnais avoir pris connaissance, du règlement intérieur ainsi que de la tarification en cours et autorise que mon enfant participe à toutes les activités les sorties organisées par le centre de loisirs

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

Fait à : Date : Signature :