

# INSCRIPTION 2026-2027



## INFORMATIONS

### ENFANT

NOM PRENOM :

CLASSE :

MOYEN TRANSPORT :

- ☐ Mon enfant est autorisé à quitter seul le centre de loisirs (à partir de : ... h ...)
- ☐ Mon enfant n'est pas autorisé à quitter seul le centre.

### REPRESENTANT LEGAL

Nom et prénom représentant 1:

lien avec l'enfant :

Numéro de téléphone

Nom et prénom représentant 2:

lien avec l'enfant :

Numéro de téléphone

### PERSONNES AUTORISÉES À RECUPERER L'ENFANT

Nom et prénom :

lien avec l'enfant :

Numéro de téléphone

Nom et prénom :

lien avec l'enfant :

Numéro de téléphone

### INFORMATIONS MEDICALES

Votre enfant a-t-il un PAI ?  
Lequel ?

☐ Oui ☐ Non

Y a t'il d'autres informations que nous devrions connaître sur sa santé ?

### CONSENTEMENT / CONFIRMATION

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler toute modification (coordonnées, personnes autorisées à récupérer l'enfant, etc.).

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement et m'engage à le respecter.

Date:        /        /

Signature:

# INSCRIPTION 2026-2027



## AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE MÉDICALE

Je soussigné(e),

Nom et prénom du représentant légal : .....

Représentant légal de l'enfant :

Nom et prénom : .....

Autorise les responsables du centre de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé de mon enfant en cas d'accident ou de malaise survenant pendant les activités.

J'autorise notamment les responsables à :

- Pratiquer ou faire pratiquer les gestes de premiers secours dans la limite de leurs compétences
- Contacter les services de secours compétents (15, 18, 112 ou tout autre service d'urgence) si la situation l'exige
- Faire transporter mon enfant vers l'établissement de santé le plus adapté, selon les décisions prises par les services de secours ou les professionnels de santé
- Transmettre aux professionnels de santé les informations utiles dont ils disposent concernant mon enfant.

Je comprends que les décisions médicales relèvent exclusivement des professionnels de santé et que les responsables du centre s'engagent à prévenir le(s) représentant(s) légal(aux) dans les meilleurs délais, sauf impossibilité.

Je certifie que les informations médicales communiquées au centre concernant mon enfant sont exactes et m'engage à signaler toute modification.

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé » :