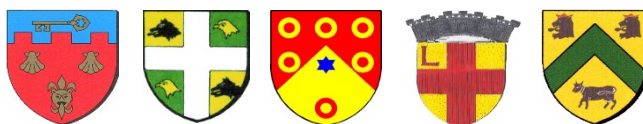


Syndicat Intercommunal à Vocation Scolaire
La Loirelle



FICHE INSCRIPTION

Services périscolaires

SIVOS La Loirelle

Nom de l'enfant :

Prénoms de l'enfant :

Sexe :

Date et lieu (ville et département) de naissance de l'enfant :

Adresse complète de l'enfant (avec code postal et ville) :

Noms et Prénoms des responsables légaux de l'enfant :

Dates de naissances des responsables légaux de l'enfant :

Situation matrimoniale des responsables légaux :

En cas de séparation des parents : garde alternée :

Adresse(s) des responsables légaux de l'enfant :

Numéro d'allocataire : CAFMSA.....

Autorisation de consultation du site CAF

- ☐ Oui
☐ Non – si cette case est cochée vous serez facturé au tarif le plus élevé en vigueur

Numéro de téléphone du domicile :

Numéro de portable de la mère :

Numéro de portable de père :

(Indiquer lequel des numéros faut-il appeler en priorité)

Adresse e-mail des représentants légaux :

Numéro de téléphone professionnel de la mère :

Numéro de téléphone professionnel du père :

Profession du père et lieu d'exercice :

Profession de la mère et lieu d'exercice :

Fratrie cet enfant a-t-il des frères et sœurs, si oui, préciser leur année de naissance ci-dessous :

Nom et prénom de la personne en charge de l'enfant (si ce n'est pas son responsable légal) :

Adresse de la personne en charge de l'enfant (si ce n'est pas son responsable légal) :

Téléphone fixe du domicile de la personne en charge de l'enfant (si ce n'est pas son responsable légal) :

Téléphone portable de la personne en charge de l'enfant (si ce n'est pas son responsable légal) :



Merci de bien vouloir joindre la copie du livret de famille (toutes les pages), la page vaccination du carnet de santé (penser à mettre son nom en haut de la page), l'autorisation de droit de l'image et l'attestation du quotient familial de la CAF MSA

Inscriptions prévisionnelles ACM la Loirelle

<i>Dates</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Les mercredis		
Vacances de toussaint 20 au 24 octobre 2025		
Vacances de toussaint 27 octobre au 31 octobre 2025		
Vacances de Noël 29 décembre 2025 au 2 janvier 2026		
Vacances de février 17 au 21 février 2026		
Vacances de février 24 février au 2 mars 2026		
Vacances d'avril 13 au 17 avril 2026		
Vacances d'avril 20 au 24 avril 2026		
Vacances d'été 6 au 10 juillet 2026		
Vacances d'été Du 13 au 17 juillet 2026		
Vacances d'été 20 au 24 juillet 2026		
Vacances d'été 27 au 31 juillet 2026		



Inscriptions prévisionnelles Accueil périscolaire

<i>Garderie périscolaire matin et soir</i>	<i>Garderie périscolaire matin ou soir</i>	<i>Garderie Occasionnelle</i>

Inscriptions prévisionnelles Cantine scolaire

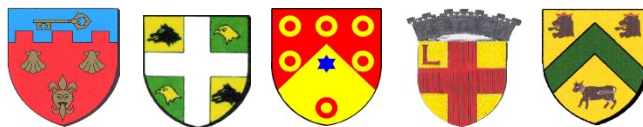
<i>Repas Quotidien</i>	<i>Repas Occasionnel</i>

Inscriptions au service transport scolaire

Concernant l'inscription aux transports scolaires vous devez chaque année (au mois de juillet) valider votre demande ou faire votre première demande de titre de transport. La carte de transport est valable toute la scolarité de votre enfant, il faut donc la conserver.

<https://www.remi-centrevaldeloire.fr/transports-scolaires/inscriptions/>





AUTORISATION DU DROIT D'IMAGE

AUTORISATION PARENTALE POUR L'USAGE DE PHOTOS, DE VIDEOS DANS LE CADRE DES ACTIVITES DU CENTRE DE LOISIRS (ENFANT MINEUR)

Dans le cadre de notre travail pédagogique le SIVOS La Loirelle (Centre de loisirs) est amenée à utiliser des photos pour les journaux, le site internet, dans les différentes publications de la structure et, éventuellement, à l'occasion de petits reportages.

Le droit à l'image se fonde sur le principe de respect de la vie privée reconnu à toute personne et en particulier au mineur (article 9 du Code civil). Cela signifie que toute diffusion d'une image, d'une vidéo sans le consentement des représentants légaux du mineur est une atteinte à son droit à la vie privée.

Le droit à l'image des enfants mineurs est géré par leurs parents ou tuteur. Afin de prévenir tout contentieux, la prise de vue d'enfants doit donc être précédée d'une demande d'autorisation écrite aux parents ou tuteur qui précise le cadre dans lequel l'image de leur enfant sera utilisée.

Le SIVOS vous demande l'autorisation d'utiliser des photos, des vidéos de votre enfant.

PARTIE A REMPLIR PAR LES RESPONSABLES LEGAUX

Nous, soussignés (1)..... et

.....

Responsables légaux de l'enfant(2):

Nom : Prénom :

Déclarons autoriser le SIVOS La Loirelle désigné ci-dessus à utiliser les enregistrements, photographies de notre enfant dans le cadre précis décrit ci-dessus uniquement.

Déclarons refuser que notre enfant soit enregistré dans le cadre de ces activités(*dans le cas de photos, le visage de votre enfant sera rendu flou avec un logiciel de retouche d'images de manière à le rendre totalement impossible à identifier*).

(1) : indiquer le nom des deux parents ou tuteurs légaux (2) : rayer les mentions inutiles

Date : Signatures



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 :

