



**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**Péri et Extra scolaire 3 – 12 ans**

**Pour l'enfant :** .....  
Né(e) le.....à.....  
Scolarisé(e) sur l'école :.....Classe :.....

**Nom et Prénom d'un responsable légal :**.....  
Adresse postale :.....  
Tel perso:..... Tel Pro :.....  
Mail :.....  
Profession :.....Employeur :.....  
N° d'allocataire CAF :.....Département :.....

Régime général Sécurité Sociale  OUI  NON

Nom et Prénom des personnes autorisées à récupérer l'enfant :  
.....Tel.....  
.....Tel.....  
.....Tel.....  
.....Tel.....  
.....Tel.....

J'autorise,   
Je n'autorise pas

le service à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles (Nom et prénom de l'enfant)..... pourrait apparaître, ainsi que sur tous les supports de communication communale et intercommunale : films, photos, site internet, articles de presse, reportages

J'autorise   
Je n'autorise pas

(Nom et prénom de l'enfant).....à participer aux animations proposées, activités ludiques sportives culturelles, nécessitant éventuellement un trajet à pied ou transport sous la responsabilité de l'équipe d'animation.

Je soussigné(e).....responsable légal(e) de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
Il est conseillé de souscrire une assurance dommage personnel couvrant les accidents sans tiers responsable.

# FICHE SANITAIRE

## Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTPolio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**

**Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication**

## Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical  OUI  NON

Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes :

**Allergies :**

	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Rougeole		
Oreillons		
Otite		
Coqueluche		
Scarlatine		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigüe		

	OUI	NON
Médicamenteuses		
Asthme		
Alimentaires		
Autres (préciser)		

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)**

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des différents accueils et je m'engage, à les respecter.

Date : .....

M..... M.....

Signature(s) précédée(s) de la mention **Lu et approuvé**

Liste des pièces à fournir :

- Avis d'imposition n-1 sur revenus n-2
- Carte vitale
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Carte d'identité vacances CAF (si bénéficiaire de l'aide aux vacances)

---

**Partie à détacher et à conserver par les parents**

Renseignements complémentaires :

**Pôle Enfance** 05.59.45.61.94

[clsh@ville-labenne.fr](mailto:clsh@ville-labenne.fr)

**Portail citoyen** : <https://portail.berger-levrault.fr/MairieLabenne40530/accueil>

ELEVES SCOLARISES A L'ECOLE DU BOURG

Accueil de Loisirs/Périscolaire Loustics CP-12 ANS 05.59.45.70.51

Accueil de Loisirs/Périscolaire Pitchouns 3-6ans (scolarisés) 05.59.63.05.39

ELEVES SCOLARISES A L'ECOLE OCEANE

Accueil de Loisirs/Périscolaire Moussaillons 3-12 ans (scolarisés) 05.59.45.85.93