


FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	 * A fournir si manquant.
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom de naissance (si allocataire du foyer) :	Nom de naissance (si allocataire du foyer) :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

A - Numéro de Sécurité social du responsable 1 :	
B - Numéro de Sécurité social du responsable 2 :	
C - Responsable 1 : Employeur et adresse :	
D - Responsable 2 : Employeur et adresse :	

E - Nom de la mutuelle de famille :	
F - Numéro adhérent de la mutuelle de famille :	
G - La famille accepte de recevoir des informations par mail :	OUI / NON
H - La famille accepte que son numéro de téléphone et mail soient communiqués à APILOU (association de parents pour les Loustics) afin de communiquer si besoin avec la famille. :	OUI / NON
I - Votre enfant détient-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Si oui, merci de joindre une copie du PAI et noter toutes informations importantes sur cette fiche :	OUI / NON
J - Votre enfant a-t-il besoin d'une attention spécifique (prise en charge particulière, rdv régulier spécialiste...) :	OUI / NON
K - Si oui, merci de télécharger, compléter et nous retourner l'attestation "Mon enfant à besoin d'une attention spécifique", sur le site de la commune de Bégrolles-en-Mauges, Vie du Village / Les Loustics ou restaurant scolaire :	
L - Acceptez-vous le transport de votre enfant en transport en commun dans le cadre de sorties organisées par Les Loustics ? :	OUI / NON / NON CONCERNE
M - Garde alternée : en cas de famille séparée, une garde alternée est-elle mise en place ? :	OUI / NON
N - Si oui, à quel rythme ? (joindre une copie du jugement si besoin) :	
O - Difficultés de santé et précaution à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) :	
R - Si vous avez coché "autorisation à partir seul", merci de télécharger, compléter et retourner l'attestation "Autorisation à quitter seul Les Loustics", téléchargeable sur le site de la commune de Bégrolles-en-Mauges, Vie du village / Les Loustics :	
S - Si votre enfant bénéficie de l'AAEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé), merci de nous fournir un justificatif :	
T - Merci de remplir le tableau MALADIE (ci-dessous) de la fiche d'inscription en indiquant si votre enfant a contracté soit :	Angine / coqueluche / diphtérie / hépatite / méningite / oreillons / otite / rhumatisme / rougeole / rubeole / scarlatine / typhoïde et pratyphoïde / varicelle

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement