

# FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION

## 2025-2026

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ..... Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

### ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Assureur : ..... Numéro : .....

### ALLOCATAIRE

Nom : ..... Numéro : ..... CAF / MSA

### RESPONSABLE LEGAL

RESPONSABLE 1 :

RESPONSABLE 2 :

Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Date de naissance : .....

Profession : ..... Profession : .....

Employeur : ..... Employeur : .....

Situation familiale : ..... Situation familiale : .....

Type : (père, mère, autre à préciser) ..... Type : (père, mère, autre à préciser) .....

Adresse : ..... Adresse : .....

.....

.....

Email : ..... Email : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

Téléphone portable : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : ..... Téléphone professionnel : .....

### PERSONNES A CONTACTER

CONTACT 1

CONTACT 2

Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Type : (père, mère, autre à préciser) ..... Type : (père, mère, autre à préciser) .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

Téléphone portable : ..... Téléphone 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

(Si besoin, ajouter autre contact sur feuille libre)

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

### AUTORISATIONS

- Partir seul : je souhaite que mon enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure OUI/NON
- Prise de photo : je donne mon consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre mon enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures OUI/NON
- Sport : j'autorise mon enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure OUI/NON
- Hospitalisation : j'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 santé de mon enfant OUI/NON

### APPAREILLAGES

Lunettes : OUI/NON                      Appareil dentaire : OUI/NON                      Appareil auditif : OUI/NON

### HANDICAP

Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) OUI/NON  
Si oui, veuillez prendre contact avec la direction des structures avant l'accueil à cette adresse :  
asregnier@mairie-montsaintmartin.fr

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Médecin : ..... Téléphone : ..... Spécialité : .....

Allergies (sur présentation d'un PAI): ..... Pratiques alimentaires :  
..... Avec viande/Sans viande  
.....

Si allergies, veuillez prendre contact avec la direction des structures avant l'accueil à cette adresse :  
asregnier@mairie-montsaintmartin.fr

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

- Attestation assurance
- Fiche sanitaire (ci-jointe)
- Copie de la carte d'identité de l'enfant
- Fiche unique d'inscription – Autorisation prise de vue
- Attestation CAF
- Copie nominative du carnet de vaccination

## ATTESTATION

Nous soussignés (\*) .....

Responsables légaux de l'enfant (\*) .....

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

RESPONSABLE 1 (\*)

RESPONSABLE 2

Fait à :                      le :

Fait à :                      le :

Signature :

Signature :

(\*) A remplir obligatoirement

# Autorisation de droit à l'image

## AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION DE L'IMAGE D'UN MINEUR

(à faire remplir et signer par les parents ou responsables légaux)

Nous soussignés :

Nom, Prénom : .....

Demeurant : .....

Adresse @mail : .....

Agissant en qualité de représentants légaux de : .....

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, autorisons les services de la municipalité de Mont-Saint-Martin à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques dans le cadre des (activités au service jeunesse, activités service enfance animations, activités à la médiathèque, etc...)

### **Lors de l'année glissante du 01/09/2025 au 31/08/2026**

Les images pourront être exploitées et utilisées à titre gracieux directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : médias locaux (notamment Républicain Lorrain), communication municipale (articles du site internet de la ville, réseaux sociaux de la ville, magazine communal), supports numériques, projection publique.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Ces dispositions sont portées à notre connaissance, dans le cadre de l'application de la législation relative au respect du droit à l'image et au respect de la vie privée.

Fait à Mont-Saint-Martin, le ..... en deux exemplaires.

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »



# 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  
MÉDICAMENTEUSES  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 :