



FICHE D'INSCRIPTION

DOSSIER POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

VACANCES D'AUTOMNE / D'HIVER / DE PRINTEMPS ET D'ETE (JUILLET)

Afin de faciliter l'inscription de votre enfant et d'éviter de vous demander un nouveau dossier à chaque période de vacances scolaires, nous mettons en place un dossier à l'année. Ainsi nous demanderons une seule fois les documents nécessaires à l'inscription de votre enfant. Nous vous saurions gré de bien vouloir nous indiquer tout changement de situation pour votre enfant dans les plus brefs délais.

Listes des pièces à fournir :

- Fiche sanitaire,
- Photocopie de fiches des vaccins,
- Photocopie de la carte d'identité,
- Attestation de sécurité sociale,
- Attestation d'assurance de responsabilité civile ou scolaire couvrant la période des vacances scolaires,
- Copie de l'avis d'imposition 2025,
- Copie du PAI (projet d'accueil individualisé) pour maladie particulière ou allergies.

**Les inscriptions se feront quant à elle avant chacune des périodes aux dates suivantes :**

Pour les vacances d'automne : du lundi 08/09/2025 au dimanche 14/09/2025.

Pour les vacances d'hiver : du lundi 05/01/2026 au dimanche 11/01/2026.

Pour les vacances de printemps : du lundi 02/03/2026 au dimanche 08/03/2026.

Pour les vacances d'été : du lundi 27/04/2026 au dimanche 10/05/2026.

**ATTENTION : LE DOSSIER QUE VOUS NOUS FOURNISSEZ POUR L'ANNEE NE VOUS DISPENSE PAS D'INSCRIRE VOTRE ENFANT AUX DATES INDIQUEES CI-DESSUS.**

Les dossiers d'inscriptions seront disponibles en mairie ou sur le site thiant.fr : rubrique « Jeunesse » puis « A.L.S.H », au début de chaque période d'inscriptions.



.....

Je soussigné,  Mme –  Mr ....., représentant légal de l'enfant ....., m'engage à informer l'organisateur (Mairie de Thiant) de toute modification sur la situation de mon enfant en cours d'année.

Fait à Thiant le ..... / ..... / 2026.

Signature :

*Les informations recueillies dans le dossier d'inscription aux accueils de loisirs sans hébergement (ALSH) sont enregistrées dans un fichier informatisé de la Mairie de Thiant. Elles sont destinées au Service Jeunesse de la Mairie de Thiant pour l'inscription et la facturation des prestations proposées aux familles et en cas d'urgence. Elles sont conservées pendant une période d'un an. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement ainsi qu'un droit à la portabilité, à la limitation ou d'opposition. Pour toute information complémentaire adressez-vous au responsable des services de la Mairie de Thiant. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits. Pour toute réclamation, information ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter :*

*Mairie de Thiant - rue Anatole France - 59224 THIANT - 03 27 24 59 40 - [rgpd@thiant.fr](mailto:rgpd@thiant.fr)*



# DOSSIER INSCRIPTION ALSH THIAN T

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Quotient familial : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE  Taille (en cm) : \_\_\_\_\_ Poids (en Kg) : \_\_\_\_\_

## Renseignements relatifs aux responsables légaux :

Responsables légaux :	1- Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	2- Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
Nom(s) et prénom(s) à remplir	1-	2-
Adresse complète :		
N° tél. domicile :		
N° tél. portable :		
N° tél. professionnel :		
Quotient familial :	Numéro d'allocataire CAF :	Numéro d'allocataire CAF :

L'enfant est en famille d'accueil : oui  non

Nom et prénom de l'assistant-e familial-e :	
Adresse complète :	
N° tél. domicile :	
N° tél portable :	



Je soussigné·e ....., responsable légal,

(mettre une croix dans la case oui ou non)

<b>☞ Autorise</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
l'enfant à être photographié ou filmé (les photos ou vidéos seront utilisées à des fins pédagogiques et pour les outils de communication des services municipaux)			
L'enfant à accéder librement au lieu d'activité et à repartir seul à son domicile durant les horaires de fonctionnement de l'ALSH			
L'enfant à participer à toutes les activités sans contrainte médicale (activités sportives, de nature, de loisirs)			
<b>☞ Donne à l'organisateur son accord</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
par le biais du directeur ou à défaut un membre de l'équipe encadrante de l'accueil, à administrer à son enfant les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance médicale			
pour prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires à la santé de l'enfant			
pour que l'enfant soit transporté en voiture particulière pour une consultation au cabinet médical de Thiant si nécessaire			
<b>URGENCE</b> : pour qu'une autre personne soit contactée en cas d'urgence si vous, le responsable légal, n'êtes pas joignable et en indiquer les nom et prénom ainsi que les coordonnées téléphoniques			
Nom prénom :	En qualité de :	N° téléphone :	
<b>☞ Transmet à l'organisateur</b>			
En cas de divorce ou séparation (couples non mariés ou pacsés) la copie de l'acte de jugement qui précise les modalités de garde de l'enfant			
La copie du PAI (projet d'accueil individualisé) pour maladie particulière			
Autres renseignements à communiquer à l'organisateur :			

☞ **Atteste tous les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et avoir transmis à l'organisateur tous les documents demandés.**

Signature :

**MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**L'ENFANT,**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON  FILLE

Taille (en cm) : ..... Poids (en Kg) : .....

**Nom, adresse et téléphone du médecin de famille :**

.....  
.....

**URGENCE, qui prévenir (1 personne - 1 numéro de téléphone) :**

**Nom et prénom :** ..... **Téléphone :** .....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

**Enfants nés avant 2018 :**

<b>VACCINS OBLIGATOIRES*</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>COPIES FICHES VACCINS OBLIGATOIRES DU CARNET DE SANTÉ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diphtérie</li> <li>- Tétanos</li> <li>- Poliomyélite (DTP)</li> </ul>	<p><b>Les vaccinations recommandées concernent :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les maladies telles que la tuberculose, la coqueluche, la rubéole, la rougeole et les oreillons, la varicelle, la grippe, l'hépatite B, le zona ;</li> <li>▪ les infections invasives à hœmophilus influenza de type B, à pneumocoque, à méningocoque C ;</li> <li>▪ les infections à papillomavirus humains.</li> </ul>	<p><b>Transmises à la direction de l'accueil</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>

\* Les personnes titulaires de l'autorité parentale doivent veiller au respect de cette obligation

**Enfants nés après 2018 :**

<b>VACCINS OBLIGATOIRES*</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>COPIES FICHES VACCINS OBLIGATOIRES DU CARNET DE SANTÉ</b>
<p><b>Les vaccinations obligatoires sont les suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diphtérie</li> <li>▪ tétanos</li> <li>▪ poliomyélite (DTP)</li> <li>▪ coqueluche</li> <li>▪ hœmophilus influenza de type B</li> <li>▪ hépatite B</li> <li>▪ infections invasives à pneumocoque</li> <li>▪ méningocoque de sérogroupe C, remplacé depuis janvier 2025 par méningocoques ACWY et B</li> <li>▪ rougeole, oreillons, rubéole</li> </ul>	<p>Les maladies telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la tuberculose</li> <li>▪ la varicelle</li> <li>▪ la grippe</li> <li>▪ le zona</li> <li>▪ les infections à papillomavirus humains</li> </ul>	<p><b>Transmises à la direction de l'accueil</b></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>

\* Les personnes titulaires de l'autorité parentale doivent veiller au respect de cette obligation

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.**

**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? 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 pris sans ordonnance.**

## L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ASTHME</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

## ALLERGIES :

ALIMENTAIRES : oui  non  MÉDICAMENTEUSES : oui  non  AUTRES : oui  non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

**P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours** oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
**INDIQUEZ CI-APRÈS :** LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

**AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ** (ex : qualité de peau, crème solaire)

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service : oui  non

*Je soussigné·e, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur et/ou l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur et ce du 1<sup>er</sup> septembre 2025 au 31 août 2026.*

À Thiant, le

**Signature du responsable légal :**

---

## ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné(e)

NOM.. ... .. Prénom.. ... ..

Adresse... ..

N° Tél.. ... .. N°Tél en cas d'urgence ... ..

Représentant légal de ... ..

Autorise l'enfant précité à participer au stage de voile à la base nautique de Valenciennes

- atteste que l'enfant est apte à pratiquer les sports nautiques
- atteste avoir été informé des capacités requises pour la pratique de la voile
- autorise, en cas d'urgence, la conduite de l'enfant dans un établissement hospitalier où toute intervention chirurgicale pourra être pratiquée en cas d'urgence
- atteste que :
  - Pour les enfants de moins de 16 ans, l'enfant est apte à s'immerger et à nager 25 mètres sans reprendre pied.\*
  - Pour les enfants de 16 ans et plus, l'enfant est apte à plonger et à nager 50 mètres sans reprendre pied.\*

\*rayer la mention inutile

Fait à..... le .....

Signature du représentant légal

---