

Dossier : _____ n° _____ Reçu le : _____ Traité par : _____

PARENTS (indiquer noms, prénoms et numéros de téléphone)

Parent 1 (Allocataire CAF) : _____

Parent 2 : _____

Contact : _____

Y a-t-il eu des modifications depuis la rentrée 2024-2025 ? NON OUI : lesquelles ? (nom, adresse, téléphone, e-mail, situation de famille, assurance...) _____

J'autorise la mairie à utiliser mon adresse e-mail pour les besoins de la collectivité (informations concernant les diverses activités). Je m'engage à réactualiser les informations de ce dossier par écrit (changement de coordonnées, informations médicales, autorisation de sortie, etc.) au Guichet Unique ou par e-mail à inscriptions@ville-voiron.fr.

	ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3	
Nom						
Prénom						
Date de naissance						
Ecole/Classe						
Autorisation à rentrer seul	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Droit à l'image	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jugement si garde	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Restauration						
Type de repas	<input type="checkbox"/> classique <input type="checkbox"/> sans viande	<input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> végétarien	<input type="checkbox"/> classique <input type="checkbox"/> sans viande	<input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> végétarien	<input type="checkbox"/> classique <input type="checkbox"/> sans viande	<input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> végétarien
Pai panier repas	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jours	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi
Accueils périscolaires						
Accueil matin	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi
Midi sans repas	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi
Soir 16h30-17h30	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi
Soir 17h30-18h30	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> vendredi
Accueil de loisirs						
Seules les lignes d'inscription sont ouvertes. Les inscriptions ne sont pas automatiques. Elles devront être effectuées ultérieurement par la famille.						
Centre Nature et Loisirs	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON				
Arrêt aller/retour (pour l'année)	<input type="checkbox"/> Ferry	<input type="checkbox"/> Brameret	<input type="checkbox"/> Colombier	<input type="checkbox"/> Brunetière	<input type="checkbox"/> Chirens	
Accueil mercredi matin sans repas (à l'école Pierre et Marie Curie)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON				

J'ai connaissance que mon enfant pourra être amené à sortir de l'établissement lors des activités organisées sur le temps de l'accueil de loisirs (à pied, en bus...)

Je soussigné : _____, responsable de l'enfant (des enfants) ci-dessus nommé(s), certifie avoir pris connaissance du règlement des activités et en accepter les termes.

Fait à : _____ le : _____

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2025-2026**
Document confidentiel
issu du CERFA adapté

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Garçon <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
Ecole :	Classe :

1 - VACCINATIONS : Indiquer la date du dernier rappel

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations ? Oui Non **(Joindre une copie du carnet de santé)**

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

2 - MALADIES DE L'ENFANT (Angine, Asthme, Coqueluche, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Scarlatine, Varicelle, Rhumatisme, Otite)

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Poids : _____ kg - Taille : _____ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)
- L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / périscolaires ? 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.**

4 - ALLERGIES :

OUI NON

- Médicamenteuses Alimentaires Autres

S'il existe des problèmes médicaux liés à l'alimentation (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...), un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.

PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical : _____

CONDUITE A TENIR : _____

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles. NON
Demande d'élaboration d'un P.A.I.P : OUI NON

- Le mineur présente-t-il un problème de santé ? (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...) Si oui, préciser en indiquant les précautions à prendre.

- L'enfant est-il porteur de handicap ? OUI NON Si oui, lequel :
 Intellectuel Auditif-sensoriel Moteur Troubles du comportement

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

- Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

➤ Autres recommandations utiles : _____

6 - MEDECIN TRAITANT :

Nom : _____ Téléphone : _____

7 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ TELEPHONE : _____

8 - DECLARATION

Je soussigné(e) : _____ responsable légal de l'enfant : _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser. J'autorise 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 sur prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à : _____ le : _____ SIGNATURE :

