



DOSSIER D'INSCRIPTION 2026/2027

Le dossier d'inscription est à renouveler une fois par an.
Date et signature (mention obligatoire)

1 – ENFANT (à remplir pour chaque enfant)

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

FILLE : GARÇON :

ÉCOLE :

NIVEAU :

RESPONSABLE LÉGAL 1 : (adresse d'habitation de l'enfant et de facturation) Séparé(e) : OUI NON

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

Tél Fixe : / / / / Tél Portable : / / / / Tél Travail : / / / /

Adresse mail :

RESPONSABLE LÉGAL 2 : (si différente du responsable 1)

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

Tél Fixe : / / / / Tél Portable : / / / / Tél Travail : / / / /

Adresse mail :

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher l'enfant : (entourer la case souhaitée)

J'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile OUI NON

NOM : PRÉNOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tél Fixe : / / / / Tél Portable : / / / / Tél Travail : / / / /

NOM : PRÉNOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tél Fixe : / / / / Tél Portable : / / / / Tél Travail : / / / /

*Si vous avez d'autres personnes à enregistrer en décharge de responsabilité, merci de nous envoyer par mail les personnes supplémentaires.

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES : (Entourer votre (vos) choix)

Périscolaire Villethierry

Périscolaire Brannay

Périscolaire Égriselles le Bocage

Périscolaire Jouy

Périscolaire Montacher - Villegardin

Périscolaire Domats

Mercredi Saint-Agnan

Mercredi Savigny/Clairis

Mercredi Villethierry

Mercredi Nailly

Accueil Jeunes (13/17 ans)

Centre de Loisirs (3/12 ans)

Ces informations sont importantes pour le bon fonctionnement de communication. Si vous avez des changements d'informations merci de nous informer au plus vite au secrétariat du Service Action Sociale.

« Toute inscription vaut acceptation du présent règlement »

Fait le :/...../.....

Signature du représentant légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026/2027

1 – **ENFANT** (à remplir pour chaque enfant)

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

FILLE : GARÇON :

ÉCOLE :

NIVEAU :

Votre enfant bénéficie-t-il(elle) d'un
*** Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** :
(page suivante)
Oui Non

Si oui, merci de bien vouloir préciser la date de la mise en place du protocole

Pour plus de renseignements, une personne de nos services vous contactera

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

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : - Médicamenteuses : oui non

- Asthme : oui non

- Alimentaires : oui non

- Autres : oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON (suite) 2026/2027

III – RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ?

.....
.....
.....

IV – RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

RESPONSABLE LÉGAL 1 :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

Tél Fixe : Tél Portable : Tél Travail :

Adresse mail :

Nom et téléphone du médecin traitant (*facultatif*) :

Je soussigné, Monsieur ou Madame, responsable légal de l'enfant,..... **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Oui

Non

Définition :

***Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)** : document écrit qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité.

Fait le :/...../.....

Signature du représentant légal :
(précédée de la mention lu et approuvé)



DROIT A L'IMAGE / Autorisation Parentale 2026/2027

Dans le cadre de notre travail pédagogique, nous sommes amenés à photographier et / ou à filmer les enfants lors des activités péri et extrascolaire. Il ne s'agit pas de photographies ou films individuels d'identités mais de photos/films de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos / les vidéos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le talon ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de nom de famille ni prénom. En cas de refus de votre part, nous serions dans l'obligation soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage sur les photos.

Je soussigné(e) _____
Adresse : _____
N° téléphone : _____ adresse e-mail : _____
Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant (prénom et nom) : _____

Autorise les représentants du centre de loisirs, organisé par la Communauté de Communes du Gâtinais en Bourgogne, 6, rue Danton 89690 CHÉROY :

- à prendre mon fils / ma fille en photo oui non
- à filmer mon fils / ma fille oui non

Autorise la diffusion de ces photos / films

- sur le site Internet de la Communauté de Communes : oui non
- sur la lettre du Gâtinais : oui non
- sur supports papier ou numérique auprès des familles oui non
- sur les réseaux sociaux :
 - Facebook de la Communauté de Communes : oui non
 - Instagram (pour l'accueil jeune) : oui non
- sur tous supports d'informations relatifs à la promotion des activités de l'Accueil Collectif de Mineurs : oui non
- pour des reportages réalisés par des professionnels du journalisme (reportages télé, articles dans journaux...) : oui non

Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par le centre de loisirs et l'accueil jeunes de la Communauté de Communes du Gâtinais en Bourgogne, de même que le droit de retrait. Etabli pour faire valoir ce que de droit,

Le

À.....

Signature du représentant légal :



Ministère de la Jeunesse et des Sports
Code de l'action Sociale et des familles

Documents Administratifs à fournir 2026/2027

Merci d'envoyer le dossier complet à : Communauté de Communes du Gâtinais en Bourgogne- 6 rue Danton – 89690 Chéroy
Ou par mail : helenecasado@gatinais-bourgogne.fr

- Attestations d'assurances : responsabilité civile, ET assurance activités périscolaires et extrascolaires au nom de l'enfant,
 - Copie du carnet de santé (vaccinations),
 - Copie ou extrait de la décision de justice en cas de divorce ou séparation,
 - Attestation C.A.F (obligatoire) Ou attestation M.S.A de l'année en cours,
- OU à défaut**
- Avis d'impôts (N-2) 2025 sur les revenus de 2024.

Je soussigné M. _____, Mme _____

- Autorise le service Enfance, Loisirs, Jeunesse et Sports à consulter mon quotient familial sur le site de la C.A.F
- N'autorise pas le service Enfance, Loisirs, Jeunesse et Sports à consulter mon quotient familial sur le site de la C.A.F

Ce document est à retourner signé