ACCUEIL DE LOISIRS PERMANENT
COMMUNE DE FOUILLOY
rue THIERS 80800 FOUILLOY
03.22.43.66.80 / 07.84.27.98.27

Dossier d'inscription de 3 à 11 ans (Juillet : 12 à 14 ans)

ANNEE 2025- 2026

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf de la Somme
FOUILLOY
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Direction départementale de la cohésion sociale

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :.....Prénom :.....

Date et lieu de naissance :.....Age :.....Sexe : F □ M □

Adresse complète :.....

Code Postal :.....Ville :.....

L'enfant vit chez : □ ses deux parents □ sa mère □ son père □ Famille d'accueil □ Autre

ETABLISSEMENT SCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2025–2026

Nom de l'établissement scolaire :.....

□ Maternelle □ Élémentaire □ Collège

Classe de :.....avec :.....

RESPONSABLES LEGAUX

Mère

Nom Marital :.....Autorité Parentale : □oui □non

Nom de jeune fille :..... Prénom :.....

Date et lieu de naissance : .....

Situation Familiale : □ Célibataire □ Union libre □Mariée □Séparée □Divorcée □Veuve

N° de sécurité sociale :.....

Adresse :.....

Code Postal :.....Ville :.....

Téléphone :.....Mobile :.....

Email (Valide) :.....

Profession :.....Employeur :.....

Adresse et tèl. de l'employeur :.....

Catégorie Socio-professionnelle :.....

N°d'allocataire CAF :.....

Avez vous une mutuelle ? □ oui □ non N°de mutuelle :.....Laquelle :.....

Avez vous une assurance complémentaire ? □ oui □non N°d'assurance :.....

Laquelle :.....

Père

Nom :.....Autorité Parentale : □oui □non

Prénom :.....

Date et lieu de naissance : .....

Situation Familiale : □ Célibataire □ Union libre □Marié □Séparé □Divorcé □Veuf

N° de sécurité sociale :.....

Adresse :.....

Code Postal :.....Ville :.....

Téléphone :.....Mobile :.....

Email (Valide) :.....

Profession :.....Employeur :.....

Adresse et tèl. de l'employeur :.....

Catégorie Socio-Professionnelle :.....

N°d'allocataire CAF :.....

Avez vous une mutuelle ? □ oui □ non N°de mutuelle :.....Laquelle :.....

Avez vous une assurance complémentaire ? □ oui □non N°d'assurance :.....

Laquelle :.....

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT

1ere Personne

Nom :.....Prénom :.....

□A appeler en cas d'urgence □Autorisée à prendre l'enfant à la sortie

Lien de parenté avec l'enfant :.....

Adresse :.....

Code Postal :.....Ville :.....

Téléphone :.....Portable :.....

2eme Personne

Nom :.....Prénom :.....

□A appeler en cas d'urgence □Autorisée à prendre l'enfant à la sortie

Lien de parenté avec l'enfant :.....

Adresse :.....

Code Postal :.....Ville :.....

Téléphone :.....Portable :.....

3eme Personne

Nom :.....Prénom :.....

□A appeler en cas d'urgence □Autorisée à prendre l'enfant à la sortie

Lien de parenté avec l'enfant :.....

Adresse :.....

Code Postal :.....Ville :.....

Téléphone :.....Portable :.....

FRERES ET SOEURS DU FOYER FAMILIAL

	NOM	PRENOM	Date de Naissance
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

INFORMATION PARENTALE

Je (nous) soussigné(e)(ons),_____,responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Contracter une assurance n'est pas obligatoire. Ne pas être assuré peut me (nous) contraindre à assumer personnellement et financièrement le réparation des dommages que mon (notre) enfant pourrait causer.

Pour toutes les activités nécessitant une autorisation parentale, je (nous) serai(ons) informé(s) par une autorisation précisant : Horaires, lieu...

Je (nous) m'(nous) engage à respecter les horaires d'accueil sous peine d'incidences financières.

J'(nous) autorise (ons) l'accueil de loisirs à utiliser l'image et la voix de mon (notre) enfant à des fins strictes d'illustration et de promotion de ses activités non commerciales, en interne du service.

□ ***OUI*** □ ***NON***

J'(nous) autorise(ons), mon(notre) enfant (de plus de 6 ans), à aller et quitter seul l'accueil de loisirs, sous notre responsabilité : □***OUI*** □***NON***

Mon(notre) enfant suit un régime alimentaire particulier : □***OUI*** □***NON***

Si oui, lequel : _____ *Sans porc Sans Viande*

Je(nous) veillerai(ons), à signaler par écrit, toute sortie non prévue ainsi que la personne autorisée, éventuellement, à reprendre notre enfant.

Objets de valeurs (mp3, bijoux, jeux...) : en cas de vol, perte ou dégradations, la responsabilité du directeur et son équipe ne pourra être engagée. Tous objets personnels, venant de la maison, n'ont pas lieu d'être amenés à l'accueil de loisirs sauf demande de l'équipe.

Activités et sorties : Dans le cadre du fonctionnement de l'accueil de loisirs, j'(nous) autorise(ons) mon(notre) enfant à participer aux activités et aux sorties, mises en place : □***OUI*** □***NON***

Merci de nous faire part de toute modification, concernant le dossier de votre enfant, dans les plus brefs délais

Date et signature du ou des représentant(s) légal(aux) :

MODALITES ET PERIODES DE FONCTIONNEMENT

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Tous les jours (lundi, mardi, jeudi et vendredi) de 7h30 à 8h30 et de 16h30 à 18h30.

Le règlement de vos factures s'effectue auprès de Bertrand Many, le régisseur ou à déposer dans la boîte aux lettres de l'ALSH réservée à cet effet.

RESTAURATION SCOLAIRE

Tous les jours de 11h30 à 13h30

Les repas sont à régler et à réserver à l'ALSH de Fouilloy

Le temps de cantine comprend le temps d'animation

ACCUEIL DU MERCREDI

L'accueil de loisirs du mercredi est ouvert de 8h30 à 17h30

Un accueil Péricentre est proposé de 7h30 à 8h30 et de 17h30 à 18h30

ACCUEIL DE LOISIRS PETITES VACANCES

L'accueil de loisirs Petites Vacances est ouvert de 8h30 à 17h30

Le règlement s'effectue à l'accueil de loisirs auprès de Bertrand Many, le régisseur ou à déposer dans la boîte aux lettres de l'ALSH réservée à cet effet.

Un accueil Péricentre est proposé de 7h30 à 8h30 et de 17h30 à 18h30

Une pré-inscription vous sera demandée au moins 3 semaines avant le démarrage de chaque période afin d'organiser au mieux les activités de vos enfants

ACCUEIL DE LOISIRS JUILLET

L'accueil de loisirs Juillet est ouvert de 8h30 à 17h30

Le règlement s'effectue à l'accueil de loisirs auprès de Bertrand Many, le régisseur ou à déposer dans la boîte aux lettres de l'ALSH réservée à cet effet.

Un accueil Péricentre est proposé de 7h30 à 8h30 et de 17h30 à 18h30

Une pré-inscription vous sera demandée au moins 2 mois avant le démarrage de chaque période estivale afin d'organiser au mieux les activités de vos enfants

PORTAIL FAMILLE INOE

Les inscriptions pour la Restauration Scolaire, le Périscolaire et les mercredis doivent se faire **impérativement** sur le Portail Famille via votre lien de connexion.

N'hésitez pas à anticiper vos réservations, elles doivent être effectuées avant le mercredi de la semaine A pour la Semaine B.

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- □ Photocopies du carnet de santé (vaccinations)
- □ Attestation d'assurance scolaire et responsabilité civile (année scolaire en cours)
- □ Photocopie de la Carte Vitale + Attestation
- □ Règlement intérieur, lu et signer, par le ou les représentant(s) légal(aux)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ALSH FOUILLOY

NOM :.....PRENOM :.....

Date et lieu de naissance :.....

□Fille □Garçon

1 - Les Vaccinations : joindre obligatoirement la photocopie du carnet de santé

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
DT Polio					
Ou Tétracocp, Pentacocq, Pentavac, Infanrix 4,5 ou 6					

2 - Les renseignements médicaux concernant l'enfant :

* Asthme : □ Oui □ Non

* Traitement médicamenteux : □ Oui □ Non
Lequel : _____

* Allergies : _____

* Autres : _____

* Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : □ Oui □ Non
Lequel : _____

Précisions autres à nous apporter (port de lunettes, épilepsie ou crises convulsives, aliments ou médicaments non autorisés, accidents, hospitalisation, opération,...) :

_____
_____
_____
_____
_____

Nom, adresse et téléphone de votre médecin traitant :

_____
_____
_____

Note à la famille

Lors des activités proposées à l'accueil, votre enfant peut avoir besoin de soins. En fonction de la gravité de la situation, l'équipe pédagogique appelle le SAMU qui fera intervenir soit une équipe du SMUR, des pompiers, soit une ambulance privée.

Pour toute prise de traitement, durant la présence de votre enfant à l'accueil de loisirs, il est impératif de nous fournir une ordonnance médicale à jour.

Le ou les responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

Nom :.....Prénom :.....

Adresse :.....

Tél. Domicile :.....Tél. Professionnel :.....

Je(nous) soussigné(e)(s), responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature du(des) représentant(s) légal(aux) :