

DOSSIER N° -----

Nom : -----

Prénom : -----

Date de naissance : -----

Adresse : -----

Adresse mail : -----

N°Tel parent : -----



Accueil de Loisirs Sans Hébergement et Accueil Jeune

Ville de Rodez

Session du 24 août 2026 au 2 juillet 2027

COMPOSITION DU DOSSIER

Cocher les différentes pièces à fournir afin de ne rien oublier

Aucune inscription ne sera prise en compte si le dossier n'est pas complet

Fiches à renseigner :

- ☐ Fiche d'inscription
- ☐ Certificat médical datant de moins de 3 ans
- ☐ Autorisation parentale
- ☐ Fiche sanitaire

Pièces à fournir :

- ☐ Photocopie du carnet de vaccination
- ☐ Attestation de nage pour les activités nautiques et aquatiques
- ☐ Attestation d'assurance (responsabilité civile)
- ☐ **Le règlement** (fournir attestation du QF de Janvier 2026 CAF ou Pass'ALSH MSA)
Chèques bancaires, espèces, Chèques Vacances, participations CE



VILLE de RODEZ

DOSSIER N°

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Ville de Rodez



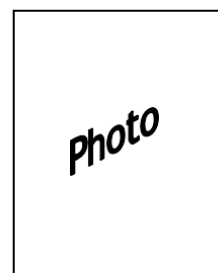
FICHE D'INSCRIPTION

• **L'enfant**

Nom.....
Prénom.....
Date de naissance.....
Lieu de naissance.....
Taille et pointure.....

Etablissement scolaire fréquenté :

..... Classe.....



• **Responsables de l'enfant**

Nom.....
Prénom.....
Adresse.....
.....
Mail.....
☐ Téléphone du domicile.....
☐ Téléphone professionnel.....
☐ Téléphone mobile.....
☐ Autre
(cocher le N° à appeler en priorité)

Profession.....

• **Personne à contacter en cas d'urgence**

Nom.....
Prénom.....
Qualité.....
(père, mère, grands-parents, tuteur)
Téléphone 1.....
Téléphone 2.....



VILLE de RODEZ

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Ville de Rodez



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Madame, Monsieur..... ,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

L'enfant.....

Et avoir constaté qu'il ou qu'elle ne présente aucune contre-indication à la pratique de
toutes activités physiques et sportives, hors compétition.

Fait à..... ,

Le.....

Signature et cachet du Médecin



VILLE de RODEZ

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....
Responsable de l'enfant
en ma qualité de père, mère ou tuteur, (rayer la mention inutile)

☐ autorise Madame, Monsieur
qualité à prendre en charge l'enfant à l'issue de la journée de
présence à l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la ville de Rodez

☐ Autorise l'enfant à rentrer seul(e) à l'issue de la journée de présence à l'Accueil de Loisirs Sans
Hébergement de la ville de Rodez

☐ Accepte de respecter les horaires de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement

☐ Déclare avoir pris connaissance des dispositions mentionnées ci-dessus et du règlement
intérieur de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement et les accepter

☐ Autorise mon enfant à participer à des activités physiques et sportives de pleine nature
(spéléologie, VTT, Canoé, CO, Ski alpin, Randonnée, Via Ferrata, Escalade, Equitation, Accrobranche)

☐ Donne l'autorisation de diffuser la photographie de mon enfant prise dans le cadre des activités
de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement organisées par la Ville de Rodez dans ses publications
(magazine municipal, site Internet, supports de communication divers). Cette autorisation est donnée
à titre gracieux, sans limitation de durée, mais peut être retirée à tout moment par lettre recommandée
adressée au Maire de Rodez. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la production de ces
photos devront respecter l'anonymat de l'enfant et de sa famille, ils ne devront porter atteinte ni à sa
réputation ni à sa vie privée.

☐ Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la ville de Rodez à prendre,
en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence en respect du protocole sanitaire

☐ Accepte qu'en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement soient à la charge de la
famille

☐ En cas d'hospitalisation, souhaite que l'enfant soit conduit à l'hôpital

A.....
Le

Le Responsable de l'enfant



VILLE de RODEZ

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Ville de Rodez

RENSEIGNEMENTS D'URGENCE POUR L'EDUCATEUR ACCOMPAGNANT

DOSSIER N° (Réservé administration)

PHOTO

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
AGE :
TAILLE :

ADRESSE :

Rue :
Code postal :
Ville :

CONTACT :

1^{er} N° Tél :
2^{ème} N° Tél :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

- ☐ Autorise à prendre les mesures d'urgence.
- ☐ Accepte la charge des frais en cas de maladie.
- ☐ Autorise l'enfant à partir seul
- ☐ Autorisation de droit à l'image
- ☐ A le savoir nager



VILLE de RODEZ

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

CETTE FICHE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉE. ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS NECESSAIRES A L'ACCUEIL DE CHAQUE ENFANT.

(Compléter une fiche par enfant – Pour toute inscription à une activité, joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication.)

INFORMATIONS SANITAIRES

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M ☐ F ☐

Nom et prénom des parents de l'enfant : Père : _____ Mère : _____

• – NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ ☐ ____/____/____/____
/ ____

• – VACCINATIONS OBLIGATOIRES (copie du carnet de santé de l'enfant) :

Antidiphtérique oui ☐ non ☐

Antitétanique oui ☐ non ☐

Antipoliomyélitique oui ☐ non ☐

3-VACCINATIONS RECOMMANDEES*:

Hépatite B oui ☐ non ☐

Coqueluche oui ☐ non ☐

Rougeole oreillons rubéole oui ☐ non ☐

BCG oui ☐ non ☐

Autres vaccins : _____

**Tous ces vaccins sont obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, à l'exception du BCG.*

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT :

Votre enfant est allergique ? oui ☐ non ☐ Préciser l'allergie :

Médicamenteuse ☐ _____ Asthme ☐ _____

Alimentaire ☐ _____ Autre ☐ _____

Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui ☐ non ☐

- si oui, transmettre le protocole au Service Concerné (École, crèche, accueil de loisirs...)

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) : _____

Votre enfant porte t-il des lunettes ☐ lentilles de contact ☐ appareil dentaire ☐ prothèses auditives ☐
autre(précisez) _____

5 – ENFANT A BESOIN SPECIFIQUE :

Votre enfant a t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui ☐
non ☐ - si oui, la notification prévoit-elle un Auxiliaire de Vie Scolaire ? ☐

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ? oui ☐ non ☐ si oui, lequel ? _____

Date et Signature du (des) parent(s) ou tuteurs légaux