

FICHE D'INSCRIPTION 2025/2026

ACCUEIL DE LOISIRS LA RUCHETTE

PARENT 1

Père

Mère

Tuteur

Beau-Père

Belle-Mère

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

☎ :

@ :

Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

Coordonnée Professionnelles :

☎ pro :

Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA

Numéro allocataire CAF :

PARENT 2

Père

Mère

Tuteur

Beau-Père

Belle-Mère

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

☎ :

@ :

Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

Profession :

☎ pro :

Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA

Numéro allocataire CAF :

Nombre d'enfant à charge :

Quotient familial (nécessaire pour la facturation) :

7 B, rue des Ecoles 68250 PFAFFENHEIM

la-ruchette-pfaffenheim@orange.fr 06.38.77.25.84



ENFANT

(Une fiche par enfant)

Nom :			Autorité parentale :		
Prénom :					
Date de demande :	__/__/__	Date d'inscription :	__/__/__		
Garçon / Fille					
Date de naissance :	__/__/__	Nationalité :			
Lieu de naissance :			Commune (Lieu de résidence) :		
École :			Classe :		

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (HORS PARENTS)

Nom :			Prénom :		
☎ :			Lien de parenté :		
Nom :			Prénom :		
☎ :			Lien de parenté :		
Nom :			Prénom :		
☎ :			Lien de parenté :		

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (HORS PARENTS)

Nom :			Prénom :		
☎ :			Lien de parenté :		
Nom :			Prénom :		
☎ :			Lien de parenté :		
Nom :			Prénom :		
☎ :			Lien de parenté :		

CANTINE

Régime Alimentaire : Standard Autre (à préciser) :

Allergie alimentaire connue (si concerné) :

Nom :

Date : __/__/__ Signature des responsables légaux :



INFORMATIONS MÉDICALES ENFANT

NOM :

PRENOM :

AUTORISATION D'HOSPITALISATION :

OUI

NON

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OUI

NON

Si oui, date de renouvellement : __/__/__

MÉDECIN

Nom :

Adresse / CP / Ville :

☎ :

Spécialité :

VACCINS

DTP : __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

BCG : __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

TETRACOQ : __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

ROR : __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

AUTRE

__/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

__/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

__/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

MALADIES INFANTILES

Coqueluche __/__/__

Rougeole __/__/__

Scarlatine __/__/__

Oreillons __/__/__

Rubéole __/__/__

Varicelle __/__/__

INFORMATIONS IMPORTANTES

❖ Antécédents médicaux :

❖ Interventions chirurgicales :

❖ Autres maladies :

❖ Allergies et conduite à tenir :

❖ Observations :