



Les Petits Loustics



6 rue de France 68510 MAGSTATT-LE-HAUT - 09.87.53.11.96 - asso.ptits.loustics@gmail.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026/2027

1. IDENTITÉ DE L'ENFANT

- **Nom :** _____ **Prénom :** _____
- **Sexe :** ☐ Fille ☐ Garçon **Date de naissance :** ____/____/____
- **École :** _____ **Classe :** _____
- **N° Sécurité Sociale :** _____
- **Régime :** ☐ Général ☐ Agricole (MSA) ☐ Autre : _____

2. INFORMATIONS MÉDICALES

- **Médecin traitant :** _____ **Tél :** _____
- **Vaccins à jour :** ☐ Oui ☐ Non
- **Traitement médical de longue durée :** ☐ Oui ☐ Non (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance et sans le protocole d'administration de médicaments ci-joint

- **Allergies :** ☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autre
 - *Précisions (cause et conduite à tenir)* _____
- **Difficultés de santé** (Maladie, accident, hospitalisation, opération...) : _____
- **Besoins spécifiques :** (TDAH, Autisme, TOP ...) ☐ Oui ☐ Non
- **Ports de lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires :** ☐ Oui ☐ Non
Précisions : _____

3. FRÈRES ET SŒURS

Nom, Prénom : _____	Date de naissance : _____
Nom, Prénom : _____	Date de naissance : _____
Nom, Prénom : _____	Date de naissance : _____

4. REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom Prénom :		
Adresse :		
Tél portable :		
Tél pro :		
E-mail * :		
Profession :		

* Pour une 2^{ème} adresse mail, veuillez contacter la direction du périscolaire.

5. PERSONNES HABILITES A CHERCHER L'ENFANT

- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
Lien avec la famille : _____
- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
Lien avec la famille : _____
- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
Lien avec la famille : _____
- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
Lien avec la famille : _____
- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
Lien avec la famille : _____
- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
Lien avec la famille : _____

6. PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____
- ✓ Nom, Prénom : _____ Tél : _____

8. PIECES A FOURNIR

- ✓ Fiche de renseignement complété et signé
- ✓ Récépissé d'acceptation du règlement intérieur signé
- ✓ Attestation d'assurance scolaire
- ✓ Photocopie des vaccins
- ✓ Cotisation annuelle 35 euros
- ✓ Feuille d'imposition 2025 sur les revenus 2024 pour bénéficier de tranche 1 ou 2
- ✓ Pour les nouveaux arrivants, la caution de :
 - 150 euros par enfant (en tranche 2 et 3)
 - 75 euros par enfant (en tranche 1)
- ✓ Justificatif si vous êtes bénéficiaire d'aide de la CAF

Un dossier incomplet et/ou des factures impayées ne permettront pas d'accepter l'inscription de votre enfant.

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant _____, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction à prendre toutes les mesures d'urgence (traitement médical, hospitalisation ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à signaler au périscolaire tout changement relatif aux informations ci-dessus.

Après lecture du règlement intérieur dont un exemplaire m'a été remis, je déclare inscrire mon enfant au périscolaire « Les P'tits Loustics »

Fait à _____, le _____

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Protocole d'administration de médicaments

Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant.....autorise l'association « Les Petits Loustics » à délivrer les médicaments suivants :

Nom du médicament	Date de la 1 ^{ère} prise	Durée du traitement	Moment de la prise*

*Avant, pendant ou après les repas. Privilégiez la prise de médicaments les matins et les soirs pour éviter tous risques inutiles.

Le poids de mon enfant est de :

L'ordonnance est à joindre impérativement.

Date et signature :

Protocole d'administration de médicaments

Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant.....autorise l'association « Les Petits Loustics » à délivrer les médicaments suivants :

Nom du médicament	Date de la 1 ^{ère} prise	Durée du traitement	Moment de la prise*

*Avant, pendant ou après les repas. Privilégiez la prise de médicaments les matins et les soirs pour éviter tous risques inutiles.

Le poids de mon enfant est de :

L'ordonnance est à joindre impérativement.

Date et signature :