

Fiche Inscription 2025/26

pièces à fournir avec la fiche d'inscription :

- | | |
|---|---|
| ☐ fiche sanitaire | ☐ fiche risque |
| ☐ copie de l'assurance responsabilité civile | ☐ 10€ adhésion à l'année + bulletin adhésion |
| ☐ règlement intérieur signé | |

ENFANT 1

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

ENFANT 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées du père :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : portable :

mail :

Nom et coordonnées de l'employeur :

Coordonnées de la mère :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : portable :

mail :

Nom et coordonnées de l'employeur :

Situation familiale

☐ marié ☐ vie maritale ☐ divorcé ☐ séparés ☐ monoparentale

Personnes susceptibles de laisser ou reprendre vos enfants

* Telephone : ____/____/____/____/____/

* Telephone : ____/____/____/____/____/

Personnes a contacter en cas d'urgence :

* _____ *

* _____

Les coordonnées du médecin traitant : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____/

-L'enfant est il allergique à un ou des aliment(s) OUI NON

Droit de l'image

Dans le cadre de notre travail pédagogique, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants (de dos ou de loin) sur le site <http://lecolebuissonniere-iledere.com/> et le site internet du RPPN <https://www.reseau-pedagogie-nature.org/> , dans les différentes publications de la structure et, éventuellement, des articles de presse et vidéos).

Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos 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 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 reconnaissant 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 (prénom seulement). Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

.....

Nous soussignés _____

Responsables légaux de l'enfant _____

Nous autorisons / nous n'autorisons pas les adultes professionnels et bénévoles de la structure à utiliser, dans le cadre pédagogique des photos /des vidéos de notre enfant prises au cours des activités.

A le.....

Signature des responsables légaux :



Bulletin d'adhésion

Ecole Buissonnière 2025/2026

Je demande l'adhésion à l'association Ecole Buissonnière pour l'année 2025/2026 et m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur.

Adhésion personne physique

Nom, prénom :

Pour l(es) enfant(s) :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Raison sociale

Nom, prénom et qualité:

Pour l(es) enfant(s) :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Je verse la cotisation annuelle d'un montant de 10€

Mode de versement :

Fait à :

Signature de l'adhérent :

Autorisation parentale pour mineurs

Je soussigné, Madame, Monsieur _____, autorise mon enfant _____ né(e) le _____ à participer aux activités proposées dans le cadre de l'Association L'École Buissonnière.

- Je suis conscient(e) des possibilités d'activités qui incluent l'usage des outils, et d'autres « risques » calculés (grimper dans les arbres, etc.) Chaque activité « à risque » est menée avec soin par les professionnel(le)s, avec un intérêt pédagogique important. *Si je ne suis pas d'accord pour que mon enfant participe à certaines activités « à risque », je le note en bas sur cette feuille.*
- Je suis conscient(e) de la possibilité des morsures des tiques, des piqûres d'aoûtats et des possibles réactions urticaires suite aux poils des chenilles processionnaires. et je veille à lire les renseignements envoyés par mail sur les démarches à faire pour éviter -et éventuellement soigner- les morsures.

A le.....

Signature des responsables légaux :

ACCEPTATION DU PRÉSENT RÈGLEMENT

Le fait d'inscrire votre/vos enfants aux sorties organisées par l'École Buissonnière implique l'acceptation du présent règlement. Les parents sont invités à observer les conditions de ce règlement qui est édicté dans le seul souci d'offrir aux enfants le meilleur accueil possible et aux parents un service le plus adapté possible.

Je soussigné/e _____, responsable légal

de mon fils/ ma fille _____, atteste avoir pris

connaissance des 6 pages du règlement intérieur de l'association Ecole

Buissonnière et m'engage à le faire respecter par mon enfant.

Fait à..... le..... Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ ASTHME | ☐ Oui | ☐ Non |
| ➤ ALIMENTAIRES | ☐ Oui | ☐ Non |
| ➤ MEDICAMENTEUSES | ☐ Oui | ☐ Non |
| ➤ AUTRES (animaux, plantes, pollen...) | ☐ Oui | ☐ Non |

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (Si automédication le signaler).

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

.....

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

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL ☐