



DOSSIER D'INSCRIPTION 2025/2026

Ce dossier comporte :

- 1 prévisionnel de fréquentation périscolaire. **(Uniquement pour le périscolaire)**
- 1 fiche de renseignements.
- 1 fiche sanitaire de liaison Cerfa 10008*02.
- L'approbation du règlement de l'association Castor'Accueil.

Merci de remplir :

- Le prévisionnel de fréquentation. **(Uniquement pour le périscolaire)**
- La fiche de renseignements (Une par famille).
- La fiche sanitaire de liaison Cerfa 10008*02 (Une par enfant).
- Merci d'y joindre la photocopie des 2 pages de vaccins.**
- L'approbation du règlement signée.

Joindre à ce dossier :

- Une attestation d'assurance extrascolaire.
- &

Pour le Périscolaire, Mercredis Loisirs et Accueils de loisirs :

- Une photocopie de votre dernier avis d'imposition.

Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés.

PREVISIONNEL ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

(Uniquement pour les enfants qui fréquentent le périscolaire de l'école du Petit Bois de Buhl-Lorraine)

PLANNING : **Fixe** (Sans modifications toutes les semaines)
Si le planning change, merci de remplir la partie « COMMENTAIRES »
en bas de page.

NOM ET PRENOM DE OU DES ENFANTS :
CLASSE(S) FREQUENTEE(S) A LA RENTREE :

CRENEAUX

Cocher le ou les créneau(x)

FREQUENCES

Vous inscrirez votre enfant...

MATIN	7h30 – 8h05	<input type="checkbox"/>	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
	11h45 – 12h15	<input type="checkbox"/>				
MIDI	11h45 – 13h20	<input type="checkbox"/>	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
	12h50 – 13h20	<input type="checkbox"/>				
SOIR	16h00 – 17h30	<input type="checkbox"/>	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
	16h00 – 18h15	<input type="checkbox"/>				

COMMENTAIRES sur les venues de l'enfant : Alternance des semaines... :

.....
.....
.....
.....
.....

Je m'engage à faire savoir tout changement le plus rapidement et dans les délais du règlement intérieur.

Les changements de plannings sont à communiquer par e-mail : inscription@castoraccueil.com ou directement sur www.castoraccueil.com

Nom et prénom de la personne ayant inscrit l'enfant :

Le :/...../.....

Signature :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

35 Grand rue - 57400 BUHL LORRAINE
03 87 08 64 70 - contact@castoraccueil.com

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

PERISCOLAIRE & ACCUEIL DE LOISIRS

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe :

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

Recommandations des parents :

.....

PARENTS DE L'ENFANT

	Rep. légal 1	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Rep. légal 2	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DE LA MOSELLE Autre C.A.F.

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Personnes autorisées à raccompagner l'enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Quotient familial annuel : Nbre Enfants à charge :

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

J'autorise le personnel à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (Journaux locaux, Facebook, Instagram, site internet, affiches ...)

OUI NON

L'adhésion à l'association vaut acceptation du projet éducatif, projet pédagogique et règlement intérieur.

Médecin traitant : Nom : Téléphone

Adresse :

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Fait à , le Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant,
 difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR
 Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

Approbation du Règlement de fonctionnement

L'association dispose d'un règlement intérieur pour chaque service proposé.

PERISCOLAIRE – ACCUEILS DE LOISIRS – MERCREDIS LOISIRS
& L'ANNEXE CASTOR'MOUV

Vous pouvez consulter tous les **règlements et tarifs**

Sur le site internet : <https://www.castoraccueil.com/reglement-interieur/>

Sur simple demande au bureau de l'association ou par mail contact@castoraccueil.com

En scannant le QR Code :



Partie à remplir avec le dossier d'inscription :

Nous soussignés.....

.....
parents ou tuteurs, certifions sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant (des enfants)
.....

Nous avons pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil, et y adhérons sans aucune restriction.

Fait à, le

Signature des responsables légaux