



PATRONAGE Printemps 2026

Salle de l'Abbé Robert
10, Rue Charles-Lehmann – 78780 Maurecourt
Lénora KALICKI - 07 82 95 43 94



Du 20 au 30 avril 2026 FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Photo

L'enfant :

NOM : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Fille ☐ Garçon ☐

Classe : _____

Ecole : _____

Semaine du 20 au 24 avril

Semaine du 27 au 30 avril

☐ Journée ☐ Matin ☐ Après-midi

☐ Journée ☐ Matin ☐ Après-midi

Responsables légaux :

NOM : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : N° : _____

Rue, Allée... : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Personnes à joindre en cas d'urgence pendant le patronage (si différent des responsables légaux) :

NOM : _____

Prénom : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lien avec l'enfant : _____

Les enfants ne seront pas autorisés à partir en dehors des horaires d'accueil du patronage.

Personne autorisée à venir chercher l'enfant (si différent des responsables légaux) :

NOM : _____

Prénom : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lien avec l'enfant : _____

En cas de modification ou si votre enfant vient et/ou repart seul merci de nous en avertir au préalable par mail et au plus tard lorsque vous emmenez votre enfant.

Fait à : _____ Le : _____

Signature :



PATRONAGE Printemps 2026

Salle de l'Abbé Robert
10, Rue Charles-Lehmann – 78780 Maurecourt
Lénora KALICKI - 07 82 95 43 94



Du 20 avril au 30 avril 2026

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ ,
responsable légal de l'enfant _____ :

- ☐ J'ai pris connaissance du Projet Educatif Chrétien du Patronage du Confluent et adhère à ce projet pour mon enfant.
- ☐ Autorise l'enfant sus nommé à participer au Patronage Catho du Confluent 78 aux dates d'inscription mentionnées
- ☐ En cas de maladie ou d'accident j'autorise le responsable Carmen SIMON à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de mon enfant.
- ☐ Autorise la diffusion de photos, vidéos ou de tout autre support sur lequel figure mon enfant.
- ☐ Autorise mon enfant à rentrer seul après le patronage.
- ☐ J'accepte le traitement informatisé des données personnelles qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi du n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données. J'ai noté que je pourrai exercer les droits qui me sont garantis par le RGPD en m'adressant auprès de l'Association Paroissiale de Maurecourt.

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

LISTE DES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Les fiches remplies lisiblement : inscription individuelle + photo d'identité / autorisation parentale, signée / fiche santé dûment complétée – joindre copie des pages vaccination du carnet de santé (vérifier que les prénom et nom de l'enfant sont bien indiqués sur chaque page)
- Le dossier complet est à déposer : **Salle de l'Abbé Robert, 10, Rue Charles-Lehmann – 78780 Maurecourt**

**Nous vous invitons à souscrire à une assurance individuelle accident
ou vérifier que votre assurance scolaire couvre également les activités extra-scolaires.**



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 :