

Siège - Les Ormeaux  
39 Rue Louis Delamare  
76600 LE HAVRE

Dauphine / Percanville  
15 Rue Jérôme Bellarmato  
76600 LE HAVRE

Pôle Enfance Jean Maridor  
52 Rue Jean Maridor  
76600 LE HAVRE

Pôle Mare au Clerc  
30 Rue de l'Artois (Entrée Rue E.Meyer)  
76620 LE HAVRE

☎ 02.35.41.32.84

sttho.secretariat@gmail.com

www.st-tho.fr

## DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE : 2026/2027

(Cadre réservé à St Tho)  ☉  3-6 ans /  6-12 ans    Merc.  / Vacances     Arts Plastiques     Echecs

### ENFANT

NOM : .....    PRENOM : .....

Né(e) le : .....    Sexe : M  ou F

Ecole Fréquentée : .....    Classe : ..... (à la rentrée sept.2026)

### PARENT(S) OU RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

#### Représentant(e) légal(e)

Nom : .....

Prénom: .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Portable : .....

Tél. domicile : .....

Tél. travail : .....

Autres (en cas d'urgence) : .....

Employeur : .....

N°Allocataire : ..... QF : .....

C.A.F                       M.S.A

E-mail (en majuscule) : .....

#### Représentant(e) légal(e)

Nom : .....

Prénom: .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Portable : .....

Tél. domicile : .....

Tél. travail : .....

Autres (en cas d'urgence) : .....

Employeur : .....

N°Allocataire : ..... QF : .....

C.A.F                       M.S.A

E-mail (en majuscule) : .....

Je soussigné(e) Madame/Monsieur ..... responsable légal autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues pendant la session.

Autorisation parentale annuelle – Personne(s) habilitée(s) à récupérer mon enfant sur l'ensemble des activités :

-	→ Tél.	-	→ Tél.
-	→ Tél.	-	→ Tél.
-	→ Tél.	-	→ Tél.

J'autorise mon enfant à partir seul : oui  à quelle heure..... non

### MODALITES

**Droit à l'image** : Les représentants légaux des enfants accueillis autorisent l'Association Saint Tho à utiliser gracieusement photos ou films où figure leur(s) enfant(s) dans le cadre des activités, pour l'utilisation dans les brochures, sur Facebook, Instagram, notre site internet de l'Association, dans la presse locale etc....

Autorise

N'autorise pas

Je déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription, des conditions générales, du règlement intérieur et de les accepter. Et avoir reçu le document.

Fait le : .....

Signature :

**ASSOCIATION ST THO**  
**FICHE DE LIAISON INDIVIDUELLE ENFANT 2026/2027**

**Enfant :** ..... **Date de Naissance** .....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DT Polio (à jour)				Coqueluche*	
Prévenar				Hépatite B*	
Haemophilus*				Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*	
Méningocoque C*				Pneumocoque*	
Influenza b*				BCG	
Autres				Autres (préciser)	

\* Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018

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

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

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)

**Votre enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales ou des précautions à prendre sur son temps de présence au centre ?** OUI  NON

**Si oui, un protocole d'accueil individualisé pourra être mis en place, avec un rendez-vous OBLIGATOIRE avec la Direction.**

**ALLERGIE :** ASTHME OUI  NON  Besoin d'un traitement au centre OUI  NON

**ALLERGIE :** ALIMENTAIRES : OUI  NON  Un PAI a-t'il été mis en place à l'école OUI  NON  (si oui le transmettre)

**ALLERGIE :** MEDICAMENTEUSES OUI  NON  (si oui à préciser) .....

**EPILEPSIE :** OUI  NON  —————> Stabilisée OUI  NON

**AUTRES :** à préciser (Régime alimentaire, intolérance, Etc...)

**3-SITUATION DE HANDICAP :**

Votre enfant présente-t'il un handicap, reconnu par la MDPH ? OUI  NON  **Si oui, RDV OBLIGATOIRE avec la Direction**

Si oui, quelle est la nature de son handicap : .....si oui un projet d'accueil sera mis en place.

Par quel type d'établissement ou de service est-il suivi ? .....

Votre enfant a-t'il besoin de **soins particuliers sur le lieu du centre de loisirs** (kiné, soins infirmiers).....

Votre enfant bénéficie-t-il de l'allocation AEEH ? Oui  Non

**4- L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Oreillons	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**5- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, propreté, Régime alimentaire spécifique : .....

**6- RESPONSABLE DU MINEUR :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL. TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): Parent 1** .....

**Parent 2** .....

**(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 légal :**