Siège - Les Ormeaux	Dauphine / Percanville	Pôle Enfance Jean Maridor	Pôle Mare au Clerc
39 Rue Louis Delamare	15 Rue Jérôme Bellarmato	52 Rue Jean Maridor	30 Rue de l'Artois (Entrée Rue E.Meyer)
76600 LE HAVRE	76600 LE HAVRE	76600 LE HAVRE	76620 LE HAVRE

☎ 02.35.41.32.84
sttho.secretariat@gmail.com
www.st-tho.fr

Création Inoé ☐

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'information 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 ☐ NON☐	Rhumatisme Articulaire aigu	OUI ☐ NON☐
Varicelle	OUI ☐ NON☐	Scarlatine	OUI ☐ NON☐
Angine	OUI ☐ NON☐	Coqueluche	OUI ☐ NON☐
Rougeole	OUI ☐ NON☐	Otite	OUI ☐ NON☐
		Oreillons	OUI ☐ NON☐

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 du MEDECIN TRAITANT (obligatoire) et TEL. (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 :**