



ZOU

ACCUEIL DE LOISIRS

PRATIQUE
Pour ne pas imprimer : ce dossier peut être complété directement avec certains lecteurs PDF (Adobe AcrobatReader), avec l'outil gratuit « Remplir et Signer » à droite de l'écran.

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2025/2026

En nous retournant les documents d'inscription au ZOU, vous attestez avoir bien pris connaissance du «Grimoire du ZOU» joint à ce dossier et en acceptez l'intégralité des conditions.

Les documents à nous fournir

- La fiche de renseignements complétée et signée
- La fiche sanitaire complétée et signée
- Une attestation d'assurance responsabilité civile au nom de votre enfant
- Une copie du carnet de vaccination ou une attestation du médecin précisant que votre enfant a bien reçu les vaccins obligatoires (DTP2 injections + 1 rappel)

Ces documents sont indispensables pour accueillir au mieux votre enfant et légalement obligatoires (nous gardons la copie des vaccins des enfants qui sont déjà venus chez nous au ZOU ou en colo ; ce n'est pas la peine de la fournir à nouveau)

Les documents à conserver

- Le « Grimoire du ZOU » joint à ce dossier

Merci de nous transmettre tous les documents d'inscription, au choix :

- par mail à alsh@grandeurnature48.com
- par courrier à Base de plein air Grandeur Nature, Le Lac 48800 Pourcharesses
- en mains propres le premier jour de présence de votre enfant.

Une fois l'inscription enregistrée, vous pourrez réserver des activités à la journée ou à la demi-journée toute l'année. Nous vous communiquerons un code personnel pour accéder à notre portail famille en ligne. Il vous permettra, si vous le souhaitez, de directement gérer vos réservations, consulter vos factures et paiements, modifier vos informations personnelles... Sinon, vous pourrez aussi faire tout cela auprès de nous par mail ou téléphone. Allez ZOU et à bientôt !



GRANDEUR
NATURE



CCSS Lozère



santé
famille
retraite
services



Caf
du Gard

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES RESPONSABLES LÉGAUX

- Nom et prénom :

Tél : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Lien avec l'enfant :

PERSONNES AUTORISÉES À RECUPERER L'ENFANT EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX

- Nom et prénom :

Tél : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Lien avec l'enfant :

- Nom et prénom :

Tél : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Lien avec l'enfant :

L'enfant est-il autorisé à rentrer chez lui seul après le ZOU ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelles heures (entre 12h-13h30 et 17h-18h30) ?

DROIT À L'IMAGE

Je, soussigné(e), responsable légal,
autorise/ n'autorise pas (1) l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant

(photos de groupe, photos des activités), et à les utiliser sur le site internet de

Grandeur Nature, les supports papiers ainsi que l'album photo du portail famille :

Fait à le ____ / ____ / ____

Signature:

(1) Rayer la mention inutile

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

NOM :

Sexe : F-M

Prénom :

Date de naissance :

Ecole :

Classe :

Sait nager : ☐ Oui ☐ Non ☐ Un peu

Centres d'intérêt, activités pratiquées :

.....
.....

Adresse de résidence :

Code postal : Ville :

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Tarification en fonction du Quotient Familial (allocataires CAF ou MSA); pour que nous puissions vérifier votre QF et prétendre à une réduction de tarif, indiquez :

N° d'allocataire Quotient familial (en janvier 2026) €

• Nom et prénom responsable légal 1 :

Tél : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Adresse e-mail@.....

• Nom et prénom responsable légal 2 :

Tél : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Adresse e-mail :@.....

L'enfant vit chez (1): ses deux parents – son père – sa mère – son tuteur/sa tutrice

(1) Rayer les mentions inutiles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE VOTRE ENFANT ; EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE, ELLE PERMET DE TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À UNE PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE ET EFFICACE.

ENFANT NOM: _____ PRÉNOM: _____

SEXE : M – F DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

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

△ Joindre obligatoirement la copie des pages correspondantes du carnet de santé ou une attestation du médecin

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS		OUI	NON	DATEDUDERNIERRAPPEL
Obligatoires	Diphtérie			
	Tétanos			
	Poliomyélite			
Recommandés	Coqueluche			
	Haemophilus			
	Rubéole -Rougeole-Oreillons			
	Hépatite B			
	Pneumocoque			
	BCG			
	Autres (préciser) :			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

• Poids:kg Taille:cm

• **ALLERGIES** Alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non

Autres (animaux, plantes, pollen...) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....

.....

.....

.....

.....

• Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? ☐ Oui ☐ Non

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

△ **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, même du Doliprane®.** △

• Présente-t-il actuellement un **problème de santé** (si oui lequel) ? ☐ Oui ☐ Non

.....

.....

• A-t-il déjà eues **maladies** suivantes:

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINES				RHUMATISMES				SCARLATINE			
NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI	
COQUELUCHE				OTITES				ASTHME				ROUGEOLE				OREILLONS			
NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI	
<i>INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATE S(maladies, accidents, crises ? convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)</i>																			

• **Recommandations utiles** (régime alimentaire particulier, lunettes, appareil dentaire, énurésie, sommeil...) :

.....

.....

• **Nom et tél du médecin traitant:** - - - - -

N° de Sécurité Sociale: ____/____/____/____/____/____/____

Adresse du centre payeur:

Adhèrez-vous à une mutuelle? ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si besoin. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à rembourser toutes les sommes avancées par Grandeur Nature pour ces soins.

Fait à le ____/____/____

Signature :