

Fiche d'inscription

Accueil Collectif de Mineurs 2026

PHOTO

Informations administratives

L'enfant :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse : Code Postal : Ville :
Ecole : Classe : Instituteur (trice) :

Parent 1 : Représentant légal (payeur) :

Nom et Prénom :
Tél :
Email :@.....

Parent 2 :

Nom et Prénom :
Tél :
Email :@.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

- ☐ Parent 1 ☐ Parent 2
☐ Autre (préciser Nom-Prénom-Téléphone) :

Autorisation :

- J'autorise le directeur du centre à prendre toutes les dispositions que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
☐ Oui - ☐ Non
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties avec le centre de loisirs et à voyager en transport collectif si besoin (bus) et autorise le directeur du centre et toute personne mandatée par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité.
☐ Oui - ☐ Non
- Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportive de loisirs.
☐ Oui - ☐ Non

Droit à l'image :

J'autorise le service Jeunesse et Sport de la CCMR à photographier ou filmer mon enfant lors des activités à des fins de communication (plaquettes, articles dans la presse, site internet et réseaux sociaux).

☐ Oui - ☐ Non

Informations régime et sécurité sociale

- Numéro de sécurité sociale de l'enfant : _ _ _ _ _
- Caisse régime social : ☐ CAF - ☐ MSA - ☐ Autre

Numéro : _ _ _ _ _

Informations sanitaires

Vaccins :

OBLIGATOIRE				RECOMMANDE			
	Oui	Non	Date dernier rappel		Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie	☐	☐	__/__/____	Hépatite B	☐	☐	__/__/____
Tétanos	☐	☐	__/__/____	R.O.R	☐	☐	__/__/____
Poliomyélite	☐	☐	__/__/____	Rougeole	☐	☐	__/__/____
Ou DT Polio	☐	☐	__/__/____	B.C.G	☐	☐	__/__/____
Ou Tétracoq	☐	☐	__/__/____	Coqueluche	☐	☐	__/__/____
				Autre...	☐	☐	__/__/____

Informations médicales et alimentaire :

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Scarlatine ☐ Otite ☐ Angine ☐ Oreillons ☐ Rhumatisme ☐ Rougeole

- Asthme : ☐ Oui - ☐ Non
- Allergies alimentaires : ☐ Oui - ☐ Non Précisez : _____
- Allergies médicamenteuses : ☐ Oui - ☐ Non Précisez : _____
- Autres allergies : ☐ Oui - ☐ Non Précisez : _____
- Recommandations particulières : (lentilles, lunettes, appareil auditif...) : _____

Si l'enfant suit un traitement, précisez lequel : _____

N'oubliez pas de remettre les médicaments et une ordonnance au responsable.

Documents à joindre :

- Joindre une copie de l'attestation d'assurance en Responsabilité Civile dans le cadre des Activités Extrascolaires.
- Joindre une photocopie du carnet de vaccination.

Fait à _____

Le _____

Signature des parents, du représentant légal
Ou de l'assistante familiale

Signature de l'enfant

(Précédée de la mention « lu et approuvée »)

(Précédée de la mention « lu et approuvée »)