

## FICHE D'INSCRIPTION

### Accueil de loisirs - Eté 2025

Pièces à fournir :  Carnet de Santé  Attestation d'Assurance

**Juillet : du lundi 7 juillet au vendredi 1<sup>er</sup> août 2025**

- PL Courier 3 / 6 ans
- Pierre Séward 3 / 6 ans
- Grands Arbres 6 / 15 ans

**Août : du lundi 4 août au mardi 26 août 2025**

- Pierre Séward 3 / 6 ans
- Grands Arbres 6 / 15 ans **réservé au service**

❖ Responsable 1

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Responsable Légal

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

➤ Situation familiale des parents

- Célibataire  Marié(e)s  Pacsé(e)s  Union Libre
- Divorcé(e)s  Séparé(e)s  Veuf (ve)

En cas de divorce ou de séparation, le droit de visite est-il accordé à l'autre parent ?

- oui  non (fournir le jugement refusant ce droit)

○ Cas de garde exclusive (fournir le jugement)

Nom et Prénom du responsable légal exerçant la garde : \_\_\_\_\_

J'autorise la Commune de Saint Pierre des Corps à transmettre mon attestation d'Assurance à l'autre partie en cas d'accident survenu sur les temps périscolaire et extrascolaire impliquant mon enfant.

J'autorise mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités

J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de photos, enregistrements vidéo et sonores

J'autorise le (la) directeur(trice) à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence

### Identité de l'enfant

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sexe  Féminin  Masculin

Ecole où l'enfant est scolarisé \_\_\_\_\_

Niveau \_\_\_\_\_

❖ Responsable 2

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Responsable Légal

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

**1. Personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à venir seul et à repartir seul du centre ou de l'arrêt de bus

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant sur le centre et / ou à l'arrêt de bus (+ de 15 ans)

Nom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

## ACCUEIL DE LOISIRS

- Paul louis Courier ( juillet uniquement )    
  Pierre Sémard    
  Grands Arbres

**Période(s) d'inscription :** entourez les jours et précisez la formule ci-dessous (1 seule formule / semaine)

		été	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Formule*	
juillet	Semaine 1		7	8	9	10	11		* Formules : n°1 journée            8h00/18h00 n°2 demi-journée    8h00/12h00 n°3 avec repas        départ 13h00 n°4 demi-journée AM   13H30/18H30 n°5 demi-journée repas   arrivée 12h00
	Semaine 2		14	15	16	17	18		
	Semaine 3		21	22	23	24	25		
	Semaine 4		28	29	30	31	1		
août	Semaine 5		4	5	6	7	8		
	Semaine 6		11	12	13	14	15		
	Semaine 7		18	19	20	21	22		

**Fin Août**     Lundi 25     Mardi 26     formule journée uniquement sous réserve de place

- Accueil matin** à partir de 7h30 (pour les Grands Arbres accueil sur Pierre Sémard)  
 **Accueil soir** jusqu'à 18h30 sur chacun des accueils de loisirs

**BUS:** Présences des animateurs à partir de 8h20 et le soir jusqu'à 17h30

**DEPART 8H30**      **RETOUR** à partir de 17h

**Information :** L'enfant présent à l'arrêt de bus après 17h30 sera ramené sur l'accueil de loisirs. Les parents devront venir chercher leur enfant sur l'accueil.

**Choix ARRET DE BUS :**

- Val Fleuri (Rue de l'Eridence)      Paul louis Courier  
 République (devant la bibliothèque)      Pierre Sémard (côté accueil de loisirs) Rue André Marteau Rue Henri Barbusse

**Renseignements médicaux :**

➤ **Vaccins obligatoires**

- Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche-Haemophilus influenzae b

Dernier rappel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

➤ **Vaccins recommandés :**

- Hépatite B
- Rubéole Oreillons Rougeole
- BCG
- Autres Précisez .....

Dernier rappel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Votre enfant a déjà eu les maladies suivantes**     Cochez la case correspondante

- Rubéole      Varicelle      Scarlatine      Oreillons      Coqueluche      Otite

**Votre enfant présente une allergie ou un risque de réactions allergiques** Précisez

**Votre enfant est porteur d'un handicap, ou suivi pour un problème de santé nécessitant des conditions d'accueil personnalisées** Précisez

**Recommandations utiles des parents (difficultés de santé, opérations, rééducations, lunettes...)**

**Régime alimentaire**  Sans porc  Sans Viandes

Je soussigné(e), ..... Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées dans ce dossier, avoir donné tous les renseignements nécessaires et m'engage à signaler tout changement de situation.

Le ...../...../.....     Signature

Les informations contenues feront l'objet d'un traitement informatisé. Les droits d'accès et modifications peuvent être effectuées auprès de nos services (loi du 6 juillet 1978 relative à l'informatique et aux libertés)