

**FICHE D'INSCRIPTION
ETE 2026**

Pièces à fournir :

- Attestations CPAM
- Mutuelle
- Assurance Extra-scolaire
- Carnet de santé ou certificat médical (Vaccinations à jour)
- Un Acompte de 25 €

Ecole ou l'enfant est scolarisé

Niveau _____

3 séjours en juillet

réservé au service

- Du 6 au 10 juillet choix n°.....
- Du 13 au 17 juillet choix n°.....
- Du 20 au 24 juillet choix n°.....
- Du 27 au 31 juillet choix n°.....

❖ **Responsable 1**

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

☎ _____ @ _____

☎ _____ / / / / /

Responsable Légal

Profession : _____

Employeur _____

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 :

Identité de l'enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Sexe Féminin Masculin

3 séjours en août

réservé au service

- Du 3 au 7 août choix n°.....
- Du 10 au 14 août choix n°.....

❖ **Responsable 2**

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

☎ _____ @ _____

☎ _____ / / / / /

Responsable Légal

Profession : _____

Employeur _____

Tél employeur _____ / / / / /

N° alloc CAF _____

1. Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Qualité _____

☎ _____ / / / / /

Nom _____ Prénom _____

Qualité _____

☎ _____ / / / / /

Séjours courts Centre de vacances de Châtelus-le-Marcheix

Choix du séjour :

- **Merci de préciser le choix du séjour par ordre de priorité.**
Un second séjour pourra vous être proposé en fonction du nombre d'inscriptions.

Du lundi au vendredi	Séjour 1	Séjour 2
6 au 10 Juillet 2026		
13 au 17 Juillet 2026		
20 au 24 Juillet 2026		
27 au 31 Juillet 2026		
3 au 7 Août 2026		
10 au 14 Août 2026		

❖ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- **Vaccins obligatoires :**
 - Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche-Haemophilus influenzae b Dernier rappel : ____ / ____ / ____
- **Vaccins recommandés :**
 - Hépatite B Dernier rappel : ____ / ____ / ____
 - Rubéole Oreillons Rougeole Dernier rappel : ____ / ____ / ____
 - BCG Dernier rappel : ____ / ____ / ____
 - Autres Précisez 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 Sans porc Sans viande

Médecin traitant _____  _____ / ____ / ____ / ____ / ____

❖ AUTORISATIONS

- 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*

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