

Site concerné : Anglards de Salers Saint-Cernin Saint Martin Valmeroux Pleaux

Type d'accueil : Accueil de loisirs Mini-camp Camp Ados

L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / _____ Age :

Sexe : Fille Garçon

Adresse :

Code postal : Ville :

Identité des parents/responsables légaux :

	Mère – Responsable légal n°	Père - Responsable légal n°
NOM		
Prénom		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En concubinage <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Veufs	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En concubinage <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Veufs
Adresse Code postal - Ville (si différente de l'enfant)		
Téléphone (domicile)		
Portable		
Adresse mail		
Employeur		
Téléphone (professionnel)		
N° de Sécurité sociale		

Qui est le destinataire des factures relatives à l'accueil de loisirs du Pays de Salers ?

Père Mère

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (sous réserve de présentation d'une carte d'identité)

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone

► **Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales (préciser votre numéro d'allocataire) :**

Caisse d'allocation familiales :

MSA :

Autres :

► **Renseignements particuliers :**

L'enfant sait-il nager ?

Oui Non

L'enfant sait-il faire du vélo ?

Oui Non

L'enfant porte-t-il des lunettes ?

Oui Non

Observations complémentaires (Appareil dentaire, autres...)

.....
L'enfant peut-il rentrer seul chez lui ?

Oui Non

Si « non » avec qui repart-il :

L'enfant a-t-il déjà été inscrit à l'Accueil de loisirs du Pays de Salers ?

Oui Non

PIECES A FOURNIR :

Photocopie du carnet de vaccination

Attestation de quotient familial

Attestation de responsabilité civile

Je soussigné :

Responsable légal de l'enfant :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance du règlement de fonction de l'ACM du Pays de Salers,
- ✓ s'engage à communiquer au directeur tout changement de situation familiale (adresse...) par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.
- ✓ Autorise le directeur ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Mention « Lu et approuvé »

Date : ___ / ___ / ___ Signature

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION
DE L'IMAGE D'UN MINEUR**

Je soussigné(e)	Prénom :..... Nom :.....
Domicilié(e)	A :.....
Agissant en qualité de représentant légal parent ou tuteur, de :	(préciser l'identité de la personne photographe mineur) Prénom :..... Nom :..... Adresse :.....

Autorise l'équipe de l'Accueil collectif de mineurs du Pays de Salers à photographier et/ou filmer, lors des activités (accueil de loisirs, garderie, séjour), le groupe dans lequel se trouve mon enfant mineur nommé ci-dessus.

oui non

Donne également l'autorisation à la Communauté de communes du Pays de Salers de diffuser les photographies et images filmées de mon ou mes enfants pour les usages suivants :

• **Publication éventuelle à des fins de communication dans la presse locale**

oui non

• **Publication sur des sites web ayant un lien direct avec l'activité de l'ACM du Pays de Salers (site, réseaux)**

oui non



L'ACM DU PAYS DE SALERS S'INTERDIT FORMELLEMENT TOUTE AUTRE UTILISATION, ET GARANTIT QUE LES PHOTOGRAPHIES NE POURRONT ETRE CEDEES OU VENDUES A DES TIERS.

Date : ____ / ____ / ____	« Lu et approuvé » Signature - (signatures des deux parents pour un enfants mineur)
Fait à : _____	

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III. Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ?

IV. Autorisations :

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

V. Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) _____

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Communauté de Communes du Pays de Salers
VIZET Véronique – Directrice ALSH
06.83.55.15.07
enfance.jeunesse@pays-salers.fr

Observations :
