

Fiche d'inscription ACM



Je soussigné(e) M/ Mme (Nom) _____ (Prénom) _____ (Responsable légal du/des enfant(s))

Email _____ Tél domicile _____ Tél portable _____ Tél professionnel _____

• **Souhaite inscrire :**

Nom	Prénom	Date de naissance

Quotient familial	QF CAF < 800	QF CAF > 800
-------------------	--------------	--------------

1er enfant 80€ 85€

2ème enfant 77€ 82€

3ème enfant 75€ 80€

Tarifs ACM
territoire CC
Mad&Moselle

Quotient familial	QF CAF < 800	QF CAF > 800
-------------------	--------------	--------------

1er enfant 81€ 86€

2ème enfant 78€ 83€

3ème enfant 76€ 81€

Tarifs ACM
hors territoire
CC
Mad&Moselle

• **Merci d'indiquer la(les) semaine(s) ci-dessous :**

Merci d'entourer le tarif appliqué →

• **Garderie :** Oui Non (cocher les cases correspondantes ↓)

Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
8h-9h		8h-9h		8h-9h		8h-9h		8h-9h	
7h30-9h		7h30-9h		7h30-9h		7h30-9h		7h30-9h	
17h-18h		17h-18h		17h-18h		17h-18h		17h-18h	
17h-18h30		17h-18h30		17h-18h30		17h-18h30		17h-18h30	

(Les horaires de garderie sont facturés avant 9h et après 17h) (1h = 1 euro, 1h30 = 2 euros)

Souhaite une facture au nom de : _____

Facture acquittée : Oui Non

Date, lieu et signature du responsable légal :

Paiement par : Chèque Virement Espèces

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : _____

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom : Fille Garçon

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance : Age :

Parents:

<u>Père :</u>		<u>Mère :</u>	
Nom :	.....	.....	.....
Prénom :	.....	.....	.....
Adresse (cocher l'adresse où l'(les) enfant(s) réside(nt)) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tél. domicile ou portable :	.....	.....	.....
Tél. professionnel :	.....	.....	.....
Courriel :	..... @ .....	..... @ .....	.....
Autorité parentale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés	<input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire	

Personnes à contacter, autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (présentation d'une pièce d'identité)

Nom : Prénom : Qualité : Tél :

Nom : Prénom : Qualité : Tél :

Nom : Prénom : Qualité : Tél :

Nom : Prénom : Qualité : Tél :



Autorisations	Valeurs (rayer les mentions inutiles)	
Autorisation d'hospitalisation	Oui	Non
Autorisation de partir seul(e) du Carrefour des Jeunes	Oui	Non
Utilisation de l'image pour des activités manuelles	Oui	Non
Participer aux activités & sorties organisées par le Carrefour des Jeunes	Oui	Non
Voyager (si nécessaire) :		
- voiture individuelle,	Oui	Non
- par moyen de transport collectif	Oui	Non

Assurance (Responsabilité Civile) :

Compagnie :

N° de police :

INFORMATIONS MEDICALES :

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.

Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

CHOIX ALIMENTAIRES :

Sans Porc : Oui Non

Végétarien : Oui Non

INFORMATIONS SPORTIVES :

Mon enfant sait nager : Oui Non

Mon enfant sait faire du vélo : Oui Non

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je, soussigné(e), déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :

Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.

Autorise seulement les personnes habilitées (mentionnées ci-dessus) à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs.

Autorise le Carrefour des Jeunes à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par le Carrefour des Jeunes, de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : les journaux de le Carrefour des jeunes, ses supports vidéos, les illustrations de ses documents d'information, les illustrations de son site Internet, les insertions dans sa page Facebook. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

Oui Non

Fait à :

Le :

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)
Précédée de la mention « lu et approuvé »





Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :			Prénom :
Adresse :			

Accueil de loisirs : Dates du séjour :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	ou		Dernier rappel	Vaccins recommandés	ou		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non

asthme oui non
autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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... ?

J'autorise les responsables de l'accueil à emmener l'enfant pour examen chez les médecins, ou à faire hospitaliser l'enfant en cas d'accident :

NOM et Adresse du médecin traitant :

Personne (s) autorisée(s) à chercher l'enfant en cas de besoin :

Personne(s) non autorisée(s) à chercher l'enfant :

Personne(s) à prévenir en cas de besoin :

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour 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 :