



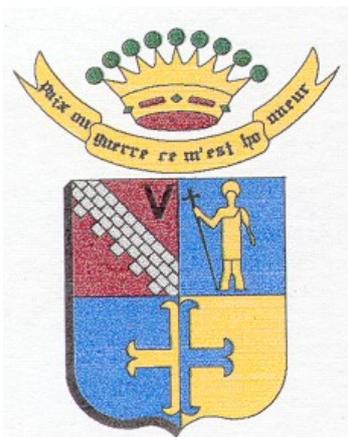
MAIRIE DE VOULX

77940

Tél : 01.64.31.91.41

Département de Seine & Marne

Mairie de



VOULX

DOSSIER D'INSCRIPTION

AU CENTRE DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT

ANNÉE 2022-2023

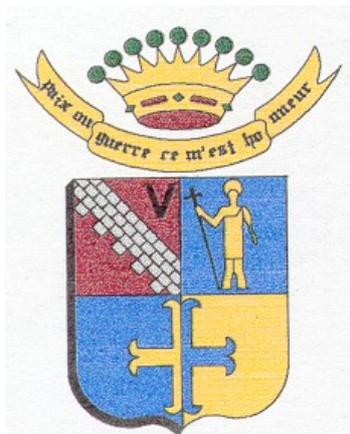
NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

COMMUNE DE RÉSIDENCE :

Département de Seine & Marne
Mairie de



VOULX

**DOCUMENTS INDISPENSABLES à LA CONSTITUTION DU
DOSSIER D'inscription AU CENTRE DE LOISIRS DE VOULX**

1 DOSSIER D'INSCRIPTION PAR ENFANT

- 1 photo d'identité récente de l'enfant.
- Fiche de renseignements administratifs dûment renseignée et signée (page 3 et 4).
- Formulaire d'autorisations dûment renseigné et signé (page 5).
- Fiche de liaison sanitaire dûment renseignée et signée (page 6 et 7).
- Autorisation de droit à l'image pour un(e) mineur(e) dûment renseignée et signée (page 8).
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile et activités extrascolaires
- Avis d'imposition N-2 ou N en cas de séparation.
- Si vous êtes allocataire CAF : fournir le numéro d'allocataire et fiche de notification du quotient familial.
- Certificat médical d'aptitude à vivre en collectivité.
- Photocopies des pages de vaccinations figurant sur le carnet de santé attestant de la validité des vaccinations.
- Copie du jugement de divorce ou de séparation, s'il y a lieu, précisant le lieu de résidence de votre enfant.
- Règlement intérieur, en 2 exemplaires, dont l'un est à retourner en Mairie signé par les parents et l'enfant.

NB : Pour les inscriptions du mercredi, l'intégralité des pièces est à fournir en début d'année ou lors de la première inscription. Chaque mois, une fiche d'inscription par enfant est à remettre en Mairie.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :.....
.....

SITUATION FAMILIALE : *

- Célibataire - Marié(e) - Veuf (ve) - Séparé(e) - Divorcé(e) - Vie maritale

Pour les couples séparés, divorcés, la garde de l'enfant est attribuée à :

- Autorité conjointe - Père - Mère - Tuteur - Autre (*joindre la copie du jugement*)

RESPONSABLE LÉGAL N°1 :

NOM ET PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL MOBILE :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

TEL PROFESSIONNEL :

ADRESSE MEL DOMICILE :

ADRESSE MEL PROFESSIONNELLE :

RESPONSABLE LÉGAL N°2 :

NOM ET PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL MOBILE :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

TEL PROFESSIONNEL :

ADRESSE MEL DOMICILE :

ADRESSE MEL PROFESSIONNELLE :

--

** Rayer la mention inutile*

ASSURANCE :

COMPAGNIE :
N° DE POLICE :
<i>(joindre une attestation en cours de validité)</i>

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE : **

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉL DOMICILE	TÉL MOBILE

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CENTRE : **

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉL DOMICILE	TÉL MOBILE

**** Sur présentation d'une pièce d'identité en cours de validité**

Date :

Signature :

**FORMULAIRE D'AUTORISATIONS DU/DES RESPONSABLE(S) DE
L'ENFANT**

Je soussigné(e) :

NOM : PRÉNOM :

Responsable légal de l'enfant :

1. NOM : PRÉNOM :

Autorisation de participer à toutes les activités du Centre de Loisirs de la Commune de VOULX :

OUI

NON

Autorisation de participer aux sorties organisées dans le cadre de l'accueil de Loisirs :

OUI

NON

Autorisation d'utilisation du transport lié aux activités :

OUI

NON

Autorisation à être filmé et à être photographié pendant les activités, qui pourront être faits dans le cadre des activités du Centre. Ces images pourront être publiées, exposées et diffusées sur le site internet de la commune :

OUI

NON

Autorisation au Responsable du Centre de Loisirs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (transport vers un centre hospitalier, interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale)

OUI

NON

Autorise la Commune à déduire les bons MSA/CAF des factures et à se faire rembourser directement par les organismes précités :

OUI

NON

Autorise les animateurs à transporter mon enfant dans leurs véhicules personnels lors des sorties :

OUI

NON

Autorise mon enfant à utiliser tous types de transports collectifs lors des sorties :

OUI

NON

Autorise le Responsable du Centre à mettre des photos de mon enfant sur le blog du Centre : <https://guillaumeemeline.wixsite.com/monsite> (Blog accessible que par les parents ayant le mot de passe) :

OUI

NON

Date :

Signature :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

Votre enfant suit-il un traitement médical ?*

OUI

NON

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine avec la notice, le tout marqué au nom de l'enfant.

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ CONTRACTÉ LES MALADIES SUIVANTES ?*

RUBEOLE	OREILLONS	ANGINE
VARICELLE	COQUELUCHE	OTITE
ROUGEOLE	SCARLATINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

VACCINATIONS (joindre une photocopie du carnet de santé sous enveloppe au nom de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATE DU DERNIER RAPPEL
DTP OU TETRACOQ		BCG	
		ROR	
		VARICELLE	
		COQUELUCHE	
		AUTRES	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi des opérations, hospitalisations, maladies autres qu'infantiles, de la rééducation, etc.?

Merci de préciser les dates et les précautions à prendre

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Rayer la mention inutile*

ALLERGIES :*

ASTHME	OUI	NON
ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES	OUI	NON
Précisez la cause de l'allergie et le protocole mis en place **:		
ALLERGIES ALIMENTAIRES	OUI	NON
Précisez la cause de l'allergie et le protocole mis en place **:		
AUTRES	OUI	NON
Précisez la cause de l'allergie et le protocole mis en place **:		
REPAS SANS PORC	OUI	NON
P.A.I (A joindre obligatoirement)	OUI	NON

RENSEIGNEMENTS UTILES :

Votre enfant porte-t-il ?*
- Des lunettes - Des lentilles de contact - Des prothèses auditives
- Des prothèses dentaires - Autres :.....
GROUPE SANGUIN :
MEDECIN TRAITANT :
NOM :
ADRESSE :
TEL :

* Rayer la mention inutile

** Dans tous les cas, le protocole établi par le médecin traitant devra être remis au Responsable du Centre

Date :

Signature :

