



"se d'a//ocaf10"

MAIRIE DE VOULX

77940

**Tel: 01.64.31.91.41**

Département de Seine & Marne  
Mairie de



VOULX

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**AU CENTRE DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT**  
**ANNEE 2024-2025**

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.
- 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.
- Photocopies des pages de vaccinations figurant sur le carnet de sante 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. Les enfants devront être inscrit sur « Mon espace famille »

---

*FICHE DE RENSEIGNEMENTS*

---

**NOM et PRENOM DE L'ENFANT :** .....

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

**ADRESSE :** .....  
.....

**SITUATION FAMILIALE\***

- Célibataire   - Marie(e)   - Veuf (ve)   - Sépare(e)   - Divorce(e)   - Vie maritale

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

- 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 : .....  
(joindre une attestation en cours de validité)

**PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉL DOMICILE	TÉL MOBILE

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



L'enfant doit être pris en charge par une personne majeure : il ne sera pas remis à un mineur, même si celui-ci est nommément désigné sur la fiche d'inscription.

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:**

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/monsie> (Blog accessible que par les parents ayant le mot de passe) :

OUI

NON

**Date:**

**Signature:**

---

## FICHE DE LIAISON SANTA/RE

---

**NOM ET PRÉNOM 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 RECOMMANDÉS	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** :\*

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

**RENSEIGNEMENTS UTILES** :

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

.\*Rayer la mention inutile

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

**Date:**

**Signature:**