



DOSSIER INSCRIPTION 2025 ACM/MERCREDIS RECREATIFS



Enfant	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Age :ans
Sexe :	
Ecole/Collège/lycée :	Ville :

1 - Responsable(s) de l'enfant

Parent 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile / portable et/ou travail :

.....

Mail :

Parent 2

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile / portable et/ou travail :

.....

Mail :

N° d'allocataire CAF :

Joindre l'ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL pour bénéficier du tarif préférentiel.

Garde de l'enfant Conjointe Partagée Mère Père Autre :

Pour tout changement de coordonnées, nous vous remercions de prévenir le service jeunesse au 06.49.76.80.03.

2 - Autres personnes habilitées à venir chercher l'enfant (une personne minimum requise)

Nom : Nom : Nom :

Prénom : Prénom : Prénom :

Tél. portable : Tél. portable : Tél. portable :

Lien avec l'enfant : Lien avec l'enfant : Lien avec l'enfant :

3 - Régime alimentaire

Je ne souhaite pas que mon enfant mange : de viande de porc de viande.

4 – Autorisations

J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil : oui non

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

J'autorise le transport de mon enfant au CH de Valenciennes en cas d'urgence : oui non

J'autorise la prise de vue ainsi que la publication de l'image, du nom et de la voix de mon enfant : oui non

- Sur la page Facebook de la ville de Famars : oui non
- Sur le site de la Ville de Famars : oui non
- Dans le bulletin d'informations « Famars au fils des jours » oui non

5 – Assurance

Compagnie d'assurance scolaire/extrascolaire :

N° de contrat :

Je soussigné ,....., responsable légal de l'enfant, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et s'engage à avertir le Service jeunesse des changements éventuels pouvant intervenir durant l'année.

Fait à, le

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomylélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez

- oui non
- oui non
- oui non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :