

DOSSIER D'INSCRIPTION

Accueils Collectifs de Mineurs « Loisirs 6 – 10 ans » et « Accueil adolescents » ANNÉE 2025-2026

À remettre à la mairie ou à Samantha

Merci de joindre :

- une attestation de responsabilité civile, au nom de l'enfant, en cours de validité
- une attestation de quotient familial de moins de 3 mois, afin de bénéficier de tarif modéré

LE MINEUR

NOM : Prénom :
Date de naissance : Sexe : garçon ☐ fille ☐ Classe :
Adresse :
Code postal : Ville :
Régime d'affiliation (CAF, MSA, ...) :

LES RESPONSABLES

Responsable 1 :

NOM : Prénom :
Lien avec l'enfant : Tél. :
Adresse mail (obligatoire) :
Adresse :
Code postal : Ville :

Responsable 2 :

NOM : Prénom :
Lien avec l'enfant : Tél. :
Adresse (si différente) :
Code postal : Ville :

Personne à contacter autre que les responsables en cas de nécessité : *

NOM : Prénom :
Lien avec l'enfant : Tél. :
Adresse :
Code postal : Ville :

NOM : Prénom :
Lien avec l'enfant : Tél. :
Adresse :
Code postal : Ville :

*Tout changement en cours d'année devra être signalé en mairie.

AUTORISATIONS DE L'ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

- ☐ Autorise l'équipe à le laisser repartir seul après l'activité
- ☐ Autorise l'équipe à le véhiculer pour se rendre aux activités extérieures à la commune
- ☐ Autorise à le filmer / photographier, dans le cadre des activités pour diffusion dans la presse ou sur le site internet
- ☐ Autorise un médecin à intervenir en cas d'urgence médicale ou chirurgicale

Ci-dessous, les coordonnées des personnes autorisées à prendre mon enfant à l'issue de l'activité :

Nom	Prénom

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1°) VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autre (à préciser)	

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

2°) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical au long cours ? oui ☐ non ☐

Présente-il des allergies :

- Alimentaires : oui ☐ non ☐ Médicamenteuses : oui ☐ non ☐
- Autres (animaux, plantes, pollen) : oui ☐ non ☐ Précisez :

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

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, crises convulsives, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

3°) RECOMMANDATIONS UTILES (port de lunettes, lentilles, appareil dentaire ou auditif, comportement, ...) :

.....
.....

5°) NOM ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e), responsable légal de

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les mettre à jour si nécessaire. J'autorise le personnel encadrant à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : Signature :