



DOSSIER D'INSCRIPTION 2023/2024

**ACM\* 3/ 12 ANS**

\*ACM : Accueil Collectif de Mineurs

| Site(s) d'accueil                                   | Vacances scolaires       |
|---|--------------------------|
| Ceton   | <input type="checkbox"/> |
| Le Theil-sur-Huisne (Val-au-Perche)                 | <input type="checkbox"/> |
| Saint-Germain-de-la-Coudre (garderie matin et soir) | <input type="checkbox"/> |

**L'ENFANT :**

Nom ..... Prénom .....  
 Sexe : F  M  Date de naissance : ..... / ..... / ..... Âge : ..... ans

**LE RESPONSABLE LÉGAL :**

Père  Mère  Tuteur   
 Nom ..... Prénom .....  
 Adresse .....  
 Code postal ..... Ville .....  
 Téléphone : domicile ..... / ..... / ..... / ..... / ..... professionnel ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
 portable ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Adresse mail : .....  
 Personne à prévenir en cas d'urgence : ..... Tél : .....  
 Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant : ..... Tél : .....  
 N° allocataire C.A.F : ..... MSA : .....  
 N° Sécurité Sociale : .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON :**

**Vaccinations :**

| vaccins obligatoires | oui | non | dates | vaccins recommandés | dates |
|----------------------|-----|-----|-------|---------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |       | hépatite B          |       |
| Tétanos              |     |     |       | ROR                 |       |
| Poliomyélite         |     |     |       | Coqueluche          |       |
| ou DT Polio          |     |     |       | BCG                 |       |
| ou Tétracoq          |     |     |       | Autres (préciser)   |       |

**Allergies :**

ALIMENTAIRES       MEDICAMENTEUSE       ASTHME       AUTRES  .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) **Ordonnance obligatoire.**

.....

VOTRE ENFANT A-T-IL, ACTUELLEMENT, DES DIFFICULTES DE SANTE ? Y A-T-IL DES PRECAUTIONS A PRENDRE ?

.....

.....

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTECEDENTS MEDICAUX ? SI OUI, QUAND ET LESQUELS ? (opérations, maladies...)

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|                             |                          |            |                          |
|-----------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Rubéole                     | <input type="checkbox"/> | Coqueluche | <input type="checkbox"/> |
| Varicelle                   | <input type="checkbox"/> | Otite      | <input type="checkbox"/> |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> | Rougeole   | <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine                  | <input type="checkbox"/> | Oreillons  | <input type="checkbox"/> |

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRE... PRECISEZ

Je soussigné(e).....

**Autorise la direction et les animateurs à prendre les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident, soit la consultation d'un médecin ou d'un spécialiste et autorise toute intervention chirurgicale si elle s'impose de fait.**

### **AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je soussigné(e), Nom/Prénom.....autorise mon enfant.....

-à participer à toutes les activités culturelles et sportives proposées par la Communauté de Communes des Collines du Perche normand :

OUI  NON

-à quitter seul le centre de loisirs après 17h00 :

OUI  NON

-à participer à la baignade sous surveillance, selon la législation en vigueur. Votre enfant sait-il nager ?

OUI  NON  OUI  NON

-à être transporté par le minibus de la CdC conduit par un agent de la CdC.

OUI  NON

-à la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs / séjours de vacances :

OUI  NON

-à la diffusion et la publication des photographies le représentant dans les cadres strictement énoncés ci-après :  
Sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités et notamment la presse écrite et le site internet : **www.perchenormand.fr**

OUI  NON

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation. Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

-autorise la CdC à vérifier le quotient familial, et à déduire les bons d'aides aux temps libres de la CAF.

OUI  NON

**Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**

**Communauté de Communes des Collines du Perche normand, 3 rue de la cidrerie, Le Theil/Huisne  
61260 VAL-AU-PERCHE**

**Tel : 02 37 49 63 51 / 02 37 49 60 54 Port : 06 42 22 09 56 Fax : 02 37 49 93 13**

**Courriel : [enfance@perchenormand.fr](mailto:enfance@perchenormand.fr) site : [www.perchenormand.fr](http://www.perchenormand.fr)**