



DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

ACM* 3/ 12 ANS

*ACM : Accueil Collectif de Mineurs

Site(s) d'accueil	Vacances scolaires	Accueil du mercredi
Ceton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le Theil-sur-Huisne (Val-au-Perche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Rouge (Val-au-Perche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saint-Hilaire-sur-Erre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saint-Germain-de-la-Coudre	<input type="checkbox"/>	<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 DENTAIRES... 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 site : www.perchenormand.fr