

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

Ce dossier d'inscription est un préalable à l'inscription de votre enfant à l'accueil périscolaire, au service de restauration collective et au centre d'accueil et de loisir.

Mairie de Pléneuf-Val-André
31 rue de l'Hôtel de Ville 22370 PLENEUF-VAL-ANDRE
02 96 63 13 00

DOSSIER INSCRIPTION

Année : 2018/2019

Je soussigné (nom et prénom du responsable légal de l'enfant) :

Demeurant à :

Téléphone domicile :

Numéro(s) de téléphone en cas d'urgence :

Demande l'inscription au Centre d'Accueil & de Loisirs Sans Hébergement de :

nom et prénom de l'enfant	date de naissance	âge

Adresse durant le séjour à l'ACM (si différente de celle du représentant légal) :

.....

Je joins :

@UZYXYFYbgY[[bYa YbhVzbWfbLbh`UZLh]`Y`fLbbYI Y`%&

@`WfhZMha fX]W`cV][Uhc]fY`fLbbYI Y`&

Le justificatif de mon quotient familial^o

Je joins mon avis d'imposition si je ne suis pas affilié au régime général^o

Je déclare accepter que mon enfant participe à toutes les activités des Accueils Collectifs de Mineurs, notamment les sorties extérieures du centre d'accueil et de loisirs.

J'autorise les responsables des accueils à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'atteste avoir bien pris connaissance du règlement intérieur fourni avec ce dossier d'inscription.

J'autorise la ville de Pléneuf-Val-André à utiliser, à titre gratuit, les photographies prises dans le cadre des activités du centre à des fins de communication.

A....., le

Signature des parents (représentant légal)

IMPORTANT : les inscriptions ne pourront être acceptées que dans la limite des places disponibles.

^o - Tout document communiqué est soumis à un devoir de discrétion

Nom et prénom du père (ou représentant légal) :

Nom et prénom de la mère (ou représentant légal) :

Numéro de Sécurité Sociale ou MSA :

Numéro de Sécurité Sociale ou MSA :

Téléphone du lieu de travail :

Téléphone du lieu de travail :

Régime social : CAF - MSA

Numéro d'allocataire :

Personnes à prévenir en cas d'absence des parents et/ou personne autorisée à prendre l'enfant au centre en cas d'empêchement des parents :

1 - Nom : Prénom : N° de téléphone :

2 - Nom : Prénom : N° de téléphone :

Santé :

En cas d'urgence, l'enfant sera conduit à l'hôpital le plus proche

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

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :

Sortie :

Je, soussigné(e), responsable légal,

Autorise mon enfant à sortir seul du centre de loisir à la fin de la journée : OUI NON

Cette sortie autonome n'est possible que pour les enfants âgés d'au moins 10 ans et uniquement si un courrier certifiant cette autorisation est transmis au centre.

CERTIFICAT MEDICAL (annexe 2)

Je soussigné :

Agissant en qualité de médecin traitant, atteste avoir examiné ce jour l'enfant :

Demeurant à :

Et le déclare apte à la pratique de toutes les activités proposées par les différents pôles de l'Accueil Collectif de Mineurs de la ville de Pléneuf-Val-André pour l'année :

Fait à :, le :

Signature et cachet du médecin