



**COMMUNE DE VALLORCINE
ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS - ÉTÉ 2026**

FICHE D'INSCRIPTION

Informations sur l'enfant :

- NOM :
- Prénom :
- Date de naissance : / /
- Adresse :
- Code postal : Ville :

Responsables légaux :

Allocataire CAF 74 ; N° d'allocataire :
Quotient Familial 2026 :

Mère :

- Nom et prénom :
- Téléphone :
- Adresse courriel :

Père :

- Nom et prénom :
- Téléphone :
- Adresse courriel :

Personne à contacter en cas d'urgence (si différente des responsables légaux) :

- Nom et prénom :
- Lien avec l'enfant :
- Téléphone :

- A partir seul de l'accueil de loisirs à heures (Indiquer l'heure de départ)
Sauf animation prévue et uniquement pour les enfants de plus de 8 ans

OUI

NON

J'autorise également :

La prise de photographies pour un usage interne et communication municipale

OUI

NON

Pièces à fournir :

- Copie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Justificatif de domicile
- Carte Via Cham (lors des sorties)
- Avis d'imposition ou Justificatif CAF (quotient familial, notification de droits et paiement à partir du 01/01/2026)

Informations complémentaires : Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom et prénom :

Téléphone :

Nom et prénom :

Téléphone :

Nom et prénom :

Téléphone :

FICHE SANITAIRE

Médecin traitant :

- Nom :
- Téléphone :

Informations médicales :

- Allergies connues :
- Antécédents médicaux (asthme, épilepsie, diabète, etc.) :
- Restrictions alimentaires :
- Port de lunettes ou lentilles : OUI NON

Vaccinations à jour : OUI NON

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rougeole OUI NON
- Oreillons OUI NON
- Rubéole OUI NON
- Scarlatine OUI NON
- Varicelle OUI NON
- Coqueluche

SI L'ENFANT SUIT UN TRAITEMENT MEDICAL, merci de joindre :

- L'ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.
- Aucun médicament ne sera donné sans ces documents.

Autorisations :

Je soussigné(e),
Responsable légal(e) de l'enfant, autorise :

- Les animateurs à administrer les médicaments si ordonnance en cours :
OUI NON

- L'administration de soins de premiers secours en cas de besoin :
OUI NON

- Le transport de mon enfant vers un établissement de soins en cas d'urgence :
OUI NON

Date :

Signature du responsable légal, précédée de la mention « lu et approuvé » :