COMMUNE DE VALLORCINE
ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS - ÉTÉ 2025

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 2025 : …….

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 : …….

Choix des périodes d'inscription : Veuillez cocher la ou les semaines souhaitées :

- ☐ Semaine 28 : du 7 au 11 juillet
- ☐ Semaine 29 : du 15 au 18 juillet
- ☐ Semaine 30 : du 21 au 25 juillet
- ☐ Semaine 31 : du 28 juillet au 1er août

Mode de règlement :

Chèque ☐ Espèces ☐ Virement bancaire ☐ Bons CAF ☐ ANCV ☐

Autorisations parentale : (rayer la mention inutile)

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

- A participer aux activités organisées par l'accueil collectif de mineurs de Vallorcine pour l'été 2025.

  OUI NON

- A participer aux sorties organisées hors du centre

  OUI NON

- 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)

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 » :