

**À retourner obligatoirement
À Argentan Intercom / service éducation
12 route de Sées - BP 90220
61205 Argentan cedex**

Tél. : 02.14.23.00.20
courriel : education@argentan-intercom.fr



Argentan
INTERCOM

Dossier d'inscription

Centre de Loisirs

Année scolaire 2020-2021

Mercredis – Mai – Juin 2021

Enfant à inscrire

NOM et Prénom :

Adresse :

Date et lieu de naissance : le à Garçon Fille

NB : L'inscription au centre de loisirs se fait à partir de 3 ans et jusqu'à 12 ans inclus.

Responsables légaux

RESPONSABLE LEGAL 1 : père mère tuteur Autre (à préciser)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance : le à

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel :@.....

Profession : Employeur :

Téléphone travail : Portable travail :

Situation familiale : célibataire / marié(e) / PACSé(e) / Union libre / Séparée(e) / Divorcé(e) / Veuf(ve)

RESPONSABLE LEGAL 2 : père mère tuteur Autre (à préciser)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance : le à

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel :@.....

CAF (ou autres organismes) et Sécurité Sociale

N° Allocataire : CAF MSA

N° de sécurité Sociale de rattachement de l'enfant :

Présence de l'enfant

Matin

Après midi

Journée entière

Inscription au service de restauration

L'enfant prendra son repas au centre :

OUI

NON

Autorisations

URGENCE : J'autorise / Je n'autorise pas * en cas d'urgence, à ce que le personnel du centre de loisirs ou la personne responsable des enfants, fasse appel aux services d'urgences (SAMU, pompiers,...). En cas d'accident ou de maladie, le centre de loisirs s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

ACTIVITES : j'autorise * mon enfant à participer aux activités proposés, excepté :

DROIT A L'IMAGE : « Toute personne a, sur son image et son utilisation qui en est faite, un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation ». NB.: Dans le cas d'images prises dans des lieux publics, l'autorisation est requise uniquement si l'image centre son attention sur une ou des personnes et qu'elle(s) est (sont) de ce fait reconnaissable(s).

J'autorise/ Je n'autorise pas * la prise de photos et de vidéos Argentan Intercom, lors des activités organisées par elle à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication : site internet, bulletin communautaire, plaquettes...

AUTORISATION A QUITTER LE CENTRE DE LOISIRS :

Vous pouvez autoriser une ou plusieurs personnes à venir chercher votre enfant

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

J'autorise / Je n'autorise pas * mon enfant, s'il est âgé de plus de 6 ans, à quitter seul le centre de loisirs.

TARIFS

En vue de déterminer la tranche de tarifs, merci de bien vouloir **fournir l'attestation CAF du quotient familial**. En cas de non communication, le tarif maximum sera appliqué.

Déclaration

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,

- Atteste avoir souscrit à une assurance responsabilité civile pour les activités extrascolaires (*fournir attestation*).
- Déclare exactes les informations portées sur le présent dossier d'inscription et la fiche sanitaire.
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

Date : Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Santé de l'enfant

VACCINATIONS :

Vaccin obligatoire : DT POLIO : oui non Date du dernier rappel :
.....

Vaccins recommandés :

BCG : oui non

ROR : oui non

Hépatite B : oui non

Méningite : oui non

Autre (préciser) : oui non

Pour être accueilli au centre de loisirs, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal.

(Fournir copie du carnet de vaccination)

ALLERGIES :

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autres(maquillage...)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical d'un médecin traitant /allergologue) :

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes des prothèses auditives
 Des lentilles autres appareillages (préciser)

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :