

# DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS "L'ÎLE AUX ENFANTS"

Année scolaire 2024-2025

CENTRE DES MARAIS  
43 rue de Châteaubriant  
35770 VERN SUR SEICHE  
☎ 02 99 62 83 27

- Renouvellement  
 Nouveau dossier

**Cotisation**

1<sup>ère</sup> personne  
2<sup>ème</sup> personne  
3<sup>ème</sup> personne

**Prix**

9 €   
6 €   
5 €

**Payée le**

## ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  Féminin /  Masculin  
École fréquentée \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_  
Adresse de l'enfant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-mail principal \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## PARENT 1

Nom \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Tél. travail \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente de l'enfant) \_\_\_\_\_

## PARENT 2

Nom \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Tél. travail \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente de l'enfant) \_\_\_\_\_

## PERSONNES AUTORISÉES ET À PRÉVENIR

(autre que les parents)

		A venir chercher mon enfant	En cas d'urgence
Nom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ALLOCATIONS FAMILIALES** (Renseignements obligatoires)  CAF /  MSA /  Autre : \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Parent allocataire \_\_\_\_\_

*Afin de pouvoir bénéficier d'un tarif préférentiel au titre des quotients familiaux, votre autorisation est nécessaire pour consulter le site CAF Pro avec votre n° d'allocataire. Pour les bénéficiaires, réévaluation du tarif en cours d'année en fonction de la réactualisation de votre QF.*

Je suis d'accord  / Je refuse, je fournis l'attestation de quotient familial de la CAF

## AUTORISATION

J'autorise les animateurs à prendre mon enfant en photo pour une utilisation propre au Centre des Marais (Site Internet, blog, page Facebook, Vern Info, Vivra'Vern, Forum, Ouest France,)  OUI  NON

J'autorise le transport de mon enfant pour se rendre aux activités sur la commune : ludothèque, médiathèque...  OUI  NON

## FICHE SANITAIRE

### ❖ VACCINATIONS

Fournir la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé

**Obligatoire pour tout nouveau dossier et pour les enfants scolarisés en TPS, PS et CP.**

### ❖ DIFFICULTÉS DE SANTÉ : *(Si traitement médical éventuel en cours fournir une ordonnance pour l'administration de médicaments)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ❖ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ❖ RÉGIME ALIMENTAIRE :

OUI, préciser :  Végétarien  Sans porc  Sans viande  Autre \_\_\_\_\_

NON

Si allergies ou intolérances alimentaires, *compléter la fiche de renseignements "Allergie ou intolérance alimentaire" (à demander à l'accueil).*

Je soussigné(e), M. (Mme) \_\_\_\_\_, représentant(e) légal(e) (père, mère, tuteur), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Les parents déclarent avoir souscrit une attestation d'assurance en responsabilité civile.

Il est de votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance pour votre enfant.

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement et du fonctionnement de l'accueil de loisirs sur la plaquette d'information « Accueil de loisirs L'Île aux enfants 2024/2025 ».**

**J'ai pris en compte que toute annulation hors délais accordés sera facturée (sauf sur présentation d'un justificatif médical).**

Signature (Précédée de la mention « *Lu et approuvé* »)

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_