



CENTRE SOCIAL ET CULTUREL DU PAYS DE MONTMEDY

1, Place Wilson – 55600 MONTMEDY

☎03.29.80.08.77

csc.enfance@orange.fr - csc.montmedy@wanadoo.fr

## Fiche de Renseignements 2021

Photo de  
l'enfant

(moins de 6 ans)

Enfant concerné : Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Nationalité : .....

### Responsable légaux

Père  Mère  Tuteur

Nom			
Prénom			
Adresse			
Code Postal		Ville	
Tel. Fixe			
Tel. port			

Père  Mère  Tuteur

Nom			
Prénom			
Adresse			
Code Postal		Ville	
Tel. Fixe			
Tel. port			

### Personnes autorisées à récupérer l'enfant en cas d'urgence (hors responsables légaux)

Noms & prénoms	Adresse	Lien de parenté	Téléphone

Nom & Prénom de l'allocataire : ..... n° Allocataire CAF : ..... Quotient F : .....

Adresse Email : ..... Accord pour Facturation par mail :

Situation familiale : marié :  pacsé(e) :  concubinage :  divorcé(e)\* :  séparé(e) \* :  veuf (ve) :

Nombre d'enfants à charge : .....

\*Précisez le mode de garde : exclusive :  alternée :  **Un avis de jugement sera nécessaire pour les personnes non autorisées**

Employeur de l'allocataire : ..... tel : .....

Employeur du conjoint/ concubin : ..... tel : .....

### Déclaration de ressources :

Afin de permettre au Centre Social et Culturel du Pays de Montmédy de calculer votre quotient familial, merci de joindre le dernier avis d'imposition ou votre quotient CAF.

Pour les travailleurs frontaliers, joindre le certificat de rémunération, de pension et de rémunération, de pension et de retenue d'impôt de l'année civile 2019. **Si vous ne souhaitez pas fournir ces documents, le tarif le plus élevé vous sera appliqué.**

**N'oubliez pas vos bons CAF, CESU ou chèques vacances en vue d'une réduction éventuelle de votre participation.**

\*Nous vous rappelons que par convention avec la CAF, ce numéro permet aux responsables de l'accueil de loisirs de consulter les déclarations de ressources des parents grâce à un accès réservé et confidentiel (CDAP /CAFPRO). En cas de séparation, il est nécessaire de fournir le numéro d'allocataire du parent qui a la garde de l'enfant ou le numéro de chaque parent en cas de garde alternée.

## CONDITIONS PARTICULIERES OBLIGATOIRES

- ✓ J'inscris et j'autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités proposées par le Centre social et Culturel dans le cadre de l'accueil de loisirs et de ce fait à utiliser les transports nécessaires (car, mini bus). ]
- ✓ Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après la prise en charge par les animateurs. ]
- ✓ J'autorise les organisateurs à soigner mon enfant et à pratiquer toute intervention d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté et je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser les frais médicaux. ]
- ✓ Je m'engage à régler la somme due pour la participation à l'Accueil de Loisirs dès la réservation.
- ✓ J'autorise les équipes d'animations à prendre connaissance des informations de ce dossier afin d'assurer le bon déroulement des activités. ]
- ✓ Ces informations seront détruites dès lors que l'enfant n'est plus en âge d'être accueilli à l'accueil de loisirs.

## AUTORISATIONS (COCHER LA CASE POUR ACCORD)

- J'autorise mon enfant..... De 10/12 ans à partir seul.
- J'autorise l'ensemble de l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon ou mes enfants au cours des activités de l'accueil de loisirs.
- Je donne droit à la collectivité d'utiliser les photographies et/ou vidéos dans le cadre strict de présentation de l'accueil de loisirs pour la parution dans:
  - La presse
  - Sur Internet
  - Réseaux sociaux
  - Bulletin communautaire,
  - affiches, flyers...

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés à ce dossier, m'engage à faire part de tous changements de situation (adresse, téléphone...) auprès du responsable de l'accueil de loisirs par mail ou par écrit.

Certifié exact, le ...../...../ ...À.....SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL:(précédée de la mention «lu et approuvé»)

## Documents à fournir à l'inscription :

- ✓ Attestation d'assurance
- ✓ Bons d'aides aux temps libres (si ceux-ci ne sont pas remis à l'inscription, la déduction ne sera pas effectuée).
- ✓ Fiche d'inscription complétée
- ✓ Fiche sanitaire de liaison
- ✓ Autorisation de sortie du territoire
- ✓ Photocopie de la carte d'identité de l'enfant
- ✓ Attestation d'aisance aquatique

**Pour toute correspondance :**  
**Centre Social et Culturel du Pays de Montmédy 1, Place Wilson 55600 Montmédy**  
**03.29.80.08.77**  
[csc.enfance@orange.fr](mailto:csc.enfance@orange.fr)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON

FILLE

### DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

### 2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

#### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

#### ALLERGIES :

ASTHME  non

ALIMENTAIRES  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES.....

#### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ... ..

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

**Centre Social et Culturel du Pays de Montmédy**  
1, Place Wilson 55600 Montmédy –  
03.29.80.08.77  
csc.enfance@orange.fr – csc.montmedy@wanadoo.fr

**OBSERVATIONS**

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

**ATTESTATION DE RÉUSSITE**  
**au test d'aisance aquatique préalable à la pratique d'activités nautiques**  
**en séjour de vacances, accueil de loisirs ou accueil de scoutisme**

Ce document atteste de l'aptitude du mineur à :

- effectuer un saut dans l'eau,
- réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes,
- réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes,
- nager sur le ventre pendant vingt mètres,
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Je soussigné(e) (prénom, nom) : .....

Titulaire du diplôme : .....

Diplôme n° : ..... Obtenu le : .....

Atteste que (prénom, nom) : .....

Né(e) le : ..... À : .....

Adresse : .....

A réussi le test : .....

avec brassière de sécurité

sans brassière de sécurité

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

Cachet :



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADHÉRENT

Valable pour toutes les activités du centre.



Nom ou raison sociale : .....

Adresse postale : .....

.....

Adresse mail : .....

Numéro de téléphone : .....

Membre du conseil d'administration (oui / non) : .....

Prénom des adhérents Famille ou individuel	Date de naissance	Atelier fréquenté

## Formules d'adhésion :

- Individuelle enfant : 8 euros
- Individuelle adulte : 10 euros
- Famille ou ménage à partir de 2 personnes : 15 euros
- Association : 20 euros

Moyen de paiement :

Date de l'adhésion :

Signature :