

**SEPTEMBRE 2025  
À JUILLET 2026**

**PHOTO**

### TELEPHONES

Domicile :

.../.../... /... /...

.../.../... /... /...

Travail :

Père

.../.../... /... /...

Mère

.../.../... /... /...

Portable :

Père :

.../.../... /... /...

Mère :

.../.../... /... /...

## FICHE DE PRÉ INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DES CEVENNES GANGEOISES ET SUMENOISES

**BRISSAC**

☐ 3-5 ANS ☐ 6-11 ANS

**ST BAUZILLE DE PUTOIS**

☐ 3-5 ANS ☐ 6-11 ANS

**GANGES - ST JULIEN DE LA NEF**

☐ 3-5 ANS ☐ 6-8 ANS ☐ 9-13 ANS

### ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

N é(e) le : ...../...../..... à .....

Sexe : Masculin Féminin

Ecole : ..... Classe : .....

### PARENTS - RESPONSABLE LEGAL

Nom/Prénom ..... Nom/Prénom .....

Adresse ..... .....

Code postal/Ville..... .....

Courriel..... .....

Situation familiale : .....

Nombre d'enfants à charge : : .....

En cas d'absence, contacter :

M.....Tel...../...../...../.....

M.....Tel...../...../...../.....

M.....Tel...../...../...../.....

**NUMÉRO CAF OU MSA : .....**

### AUTORISATIONS DE SORTIE (1) Rayer la mention inutile

Je soussigné(e) : ....., Autorise (1)

Nom : .....Tél...../...../...../.....

Nom : .....Tél...../...../...../.....

Nom : .....Tél...../...../...../.....

à prendre en charge mon enfant en cas d'absence.

ou autorise (1)

mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs, sans que la responsabilité de la communauté de communes puisse être engagée.

### AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné : .....responsable de l'enfant,

- déclare inscrire mon enfant à l'accueil de loisirs, dont j'ai pris connaissance du règlement intérieur dans sa totalité et m'engage à le respecter,

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités,

- décharge les intervenants de toutes responsabilités hors des horaires d'ouverture.

☐ autorise ou ☐ n'autorise pas la structure à photographier, publier, exposer et diffuser la photographie de mon enfant

☐ autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CAF pour une tarification modulée

Signature (précédée de la mention :

"lu et approuvé") :

Date.....

**Joindre attestations d'assurances péri et extrascolaires + Copie des vaccinations +  
Attestation CAF ou MSA**

|                                       |                                                                |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON</b> | <b>1 - ENFANT</b>                                              |
|                                       | NOM : _____                                                    |
|                                       | PRÉNOM : _____                                                 |
|                                       | DATE DE NAISSANCE : _____                                      |
|                                       | GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |

GARÇON ☐      FILLE ☐

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES                                             | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|
|                      |     |     |                           | ou OBLIGATOIRE<br>pour les enfants nés à partir de janvier 2018 |       |
| Diphtérie            |     |     |                           | Hépatite B                                                      |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole-Oreillons-Rougeole                                      |       |
| Poliomyélite         |     |     |                           | Coqueluche                                                      |       |
| <b>Ou</b> DT Polio   |     |     |                           | Méningocoque                                                    |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                           | Pneumocoque                                                     |       |
|                      |     |     |                           | BCG/Autres (préciser)                                           |       |

☐ REPAS SANS PORC      ☐ PAI (Joindre une copie)

Signature :