

Nom	Prénom	Né(e) le	À
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ÉCOLE</b> Jacques Prévert <input type="checkbox"/> Notre Dame <input type="checkbox"/> Hors commune <input type="checkbox"/>	<b>Classe</b> 2025/2026 : _____ 2026/2027 : _____ 2027/2028 : _____ 2028/2029 : _____	Jour de présence cantine <b>École Jacques Prévert</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	

Je soussigné(e), le responsable légal 1 agissant en accord avec la personne conjointement responsable de l'enfant.

Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<b>RESPONSABLE 1</b>
Nom / Prénom : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/> Ville <input type="text"/>	
Adresse Mail : <input type="text"/> (écrire lisiblement)	
Tél portable : <input type="text"/>	
Profession : <input type="text"/> Tél professionnel : <input type="text"/>	
<b>Situation familiale</b> : Marié <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/>	
Garde alternée <input type="checkbox"/> Si oui quelle semaine : paire <input type="checkbox"/> impaire <input type="checkbox"/> ou jour fixe de garde : <input type="text"/>	
N° allocataire (CAF/MSA) obligatoire : <input type="text"/> N° sécurité sociale : <input type="text"/>	
J'autorise la directrice à se connecter à CAF PRO afin de compléter mon quotient familial <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	
Responsable à facturer : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	

Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<b>RESPONSABLE 1</b>
Nom / Prénom : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/> Ville <input type="text"/>	
Adresse Mail : <input type="text"/> (écrire lisiblement)	
Tél portable : <input type="text"/>	
Profession : <input type="text"/> Tél professionnel : <input type="text"/>	
<b>Situation familiale</b> : Marié <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/>	
Garde alternée <input type="checkbox"/> Si oui quelle semaine : paire <input type="checkbox"/> impaire <input type="checkbox"/> ou jour fixe de garde : <input type="text"/>	
N° allocataire (CAF/MSA) obligatoire : <input type="text"/> N° sécurité sociale : <input type="text"/>	
J'autorise la directrice à se connecter à CAF PRO afin de compléter mon quotient familial <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	
Responsable à facturer : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	

**Informations médicales**

Médecin :  Téléphone :

**Mutuelle** :  OUI /  NON      **CMU** :  OUI /  NON (**si oui** joindre à l'inscription la photocopie de prise en charge)

Hôpital où vous souhaitez que votre enfant soit admis, si nécessaire :

Précisions sur les repas de restauration/Observations particulières :

Repas sans porc     Repas végétarien

**DIFFICULTES DE SANTE :**

L'enfant est-il allergique ?  Alimentaire     Asthme     Médicamenteuse     Autres

Les difficultés des santés de votre enfant nécessitent elles un PAI ?  OUI /  NON (**le fournir impérativement**)

Préciser la cause de l'allergie :

**Appareillage :**

Lunettes     Appareil dentaire     Appareil auditif

**Handicap :**

Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) :

OUI /  NON

**Vaccinations :** Joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

DT POLIO  OUI /  NON    Date du dernier rappel :

Si les vaccins obligatoires n'ont pas été effectués, joindre un certificat médical de contre-indication des vaccinations concernées. Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ?  OUI /  NON

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

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES ET SPECIFITES DE L'ENFANT : Précisez les autres informations que vous jugerez utiles de nous transmettre au sujet de l'enfant : port de lunettes ou lentilles, prothèses auditives ou dentaires, régime alimentaire, phobies etc.

## Assurance responsabilité civile

Assureur :	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Numéro :	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>Fournir l'attestation assurance</b>	

## Déplacement de l'enfant

Bus : <input type="checkbox"/> OUI			Autorisation de partir seul : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
<b>Personne autorisée à récupérer l'enfant à la place des parents</b>					
NOM-PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE			
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>			
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>			
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>			

## ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES SERVICES ET DROIT A L'IMAGE/VOIX

*Le présent document vaut inscription et acceptation du règlement intérieur.*

Le père, la mère, le tuteur légal, soussigné :

Autorisent l'utilisation des photos, vidéos, sons, dans le cadre des activités et à publier **sur des supports de communication écrits et/ou numériques officiels** de la commune de Cérences, et sur le compte de **Facebook** du centre de loisirs. Je peux à tout moment faire retirer les photographies de Facebook et du site internet, en adressant un courrier à la commune de Cérences.

N'autorise pas la prise de photographie et leur diffusion.

Le règlement intérieur des services est consultable sur le site internet de la commune de Cérences : <https://www.cerences.fr/>

Il peut être imprimé et remis aux parents sur simple demande à l'Accueil Collectif de Mineurs (ACM)

La signature du présent document vaut acceptation du règlement intérieur. **Les parents/famille d'accueil s'engagent à communiquer tout changement de situation auprès de l'ACM.**

Je soussigné(e),  responsable légal de l'enfant   
déclare avoir pris connaissance du présent règlement intérieur et l'accepter.

Fait à

	Date et Signature du responsable légal	Date et Signature du responsable légal
Année Scolaire	Première inscription	Renouvellement*
2025/2026	Le : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Le : <input style="width: 100px;" type="text"/>
2026/2027	Le : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Le : <input style="width: 100px;" type="text"/>
2027/2028	Le : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Le : <input style="width: 100px;" type="text"/>
2028/2029	Le : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Le : <input style="width: 100px;" type="text"/>

**\*pour le renouvellement : vérifier les informations avant de signer**