

## DEPART DE L'ENFANT

Votre enfant rentrera-t-il seul ?

Oui

Non

Si non, avec qui l'enfant peut-il partir ? (Vous pouvez indiquer plusieurs personnes)

Noms, Prénoms : .....

.....

.....

.....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) M., Mme, Melle .....

Autorise

N'autorise pas

l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant pour réaliser un film ou une exposition utilisée exclusivement à des fins pédagogiques.

Date :

Signature :

## REMARQUE :

.....

---

Mairie de Glisy – 8 rue Neuve - 80440 GLISY  
Tél 03.22.38.10.38 Courriel : [mairie@ville-glisy.fr](mailto:mairie@ville-glisy.fr)  
Ouverture au public : lundi 8h 30 à 12h et 14h à 17h, vendredi de 8h30 à 12h.



# Accueil de loisirs

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Période du 7 avril au 11 avril 2025

Tarif : 37,50 €

Pour les enfants de **BLANGY-TRONVILLE**

Dossier à retirer à partir du 16 mars 2025



A retourner en mairie pour le 21 Mars 2025

L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Sexe : M  F

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

QUALITE DU RESPONSABLE LEGAL

Père  Mère  Tuteur

Nom et Prénom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable (s) : .....

Adresse mail : .....

Père : (Nom /Prénom) .....	Mère : (Nom/Prénom) .....
Profession .....	Profession .....
Adresse et lieu de travail .....	Adresse et lieu de travail .....
Téléphone du lieu de travail .....	Téléphone du lieu de travail .....

EN CAS D'URGENCE ET PARENTS ABSENTS,  
PERSONNE A PREVENIR

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**PIECES A FOURNIR :**

- > Copie des vaccins à jour
- > Fiche médicale remplie (ci-jointe)
- > Justificatif du quotient familial
- > Règlement par chèque à l'ordre du trésor public

N° de sécurité sociale : .....

Régime d'allocations familiales : .....

C.A.F  M.S.A  Autres  : précisez : .....

N° d'allocataire (indispensable) : .....

Adresse de la caisse d'allocations : .....

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE**

Nom : .....

N° de la police d'assurances : .....

**MUTUELLE** : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

*Sans ces documents, l'inscription de votre enfant ne sera pas prise en compte.  
Toute inscription sera définitive et due, seul le certificat médical permettra un remboursement.*



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES 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.

Horizontal lines for recording health difficulties.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Horizontal lines for parental recommendations.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

Horizontal lines for address.

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Signature box

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

Horizontal lines for official use.