

Accueil de Loisirs de VERS SUR SELLE

1 FICHE PAR ENFANT

INSCRIPTIONS VERSOIS

NOM/PRENOM (de l'enfant) : AGE :
 DATE DE NAISSANCE (de l'enfant) : NUMERO ALLOCATAIRE :
 ADRESSE (pour la facturation) :

 MAIL : TEL :

ALSH VERS SUR SELLE VACANCES DE LA TOUSSAINT 2026 DU 19 AU 23 OCTOBRE : QUENOUILLES ET QUENOUILLETES

Semaine	Tarif semaine	Sous total Activité	Nombre repas	Tarif cantine	Sous total repas	Total semaine
< 938€	40€	=	x	4€	=	
938€<QF<1622€	45€	=	x	5€	=	
>1622€	50€	=	x	6€	=	

Présences	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Présences Cantine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
					Pique-nique parents

La déduction CAF sera effectuée sur justificatif au moment de la facturation

ACTE D'ENGAGEMENT :

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de Loisirs organisé par la Mairie de Vers sur Selle et les PEP 80, et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et décharge ces derniers de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...).

De même, j'autorise / n'autorise pas l'accueil à prendre des photographies ou des images vidéo de mon enfant dans le seul but de promouvoir l'Accueil ou pour diffuser lors de manifestations et sur le site internet de la commune de Vers sur Selle, dans la rubrique liée aux activités de l'Accueil.

MERCI D'INDIQUER LES PERSONNES HABILITEES A RECUPERER VOTRE ENFANT PENDANT LA PERIODE :

- .
- .
- .
- .

À le / /2026

Signature du responsable légal de l'enfant à faire
précéder de la mention « lu et approuvé »

Dossier d'inscription à l'Accueil de loisirs de Vers sur Selle 2026

(Merci de remplir UN formulaire par enfant et TOUTES les rubriques)

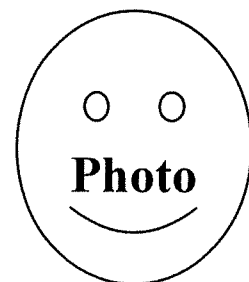
NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à Age :

Adresse (complète) :
.....

Téléphone :

Nom et N° d'assurance de l'enfant :



Renseignements	Le Père	La mère
Nom – Prénom		
Né(e) le		
Adresse		
N° de téléphone portable et fixe		
Profession		
N° de téléphone de l'employeur		
Régime affiliation	☐ Général (CAF) et assimilés n° : ☐ MSA n° :	☐ Général (CAF) et assimilés n° : MSA n° :

En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir en priorité est : le père ☐ / la mère ☐

Autre personne : Nom et Prénom, lien avec l'enfant :

Tél :

Adresse :

Je soussigné(e) M, Mme responsable légal de l'enfant :

SORTIE DU CENTRE

☐ L'autorise à rentrer seul à : 12h00 et / ou 17h00

OU ☐ Autorise : M, Mme, Melle

M, Mme, Melle

M, Mme, Melle

à reprendre mon enfant

OU ☐ Nous viendrons le rechercher tous les jours

Je soussigné(e)..... (Nom prénom) :

(Cocher les cases souhaitées) :

☐ Déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des Accueils de Loisirs organisés par la Commune et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et décharge ces derniers de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ;

☐ Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...)

☐ Autorise la prise de photographies ou d'images vidéo de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités du centre. L'image pourra être utilisée pour une durée de 2 ans à compter de la fin de l'accueil de votre enfant au sein du centre de loisirs.

Renseignements concernant la santé de l'enfant

☺ Votre enfant **est-il allergique** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir :

.....

.....

☺ Votre enfant suit-il un **régime alimentaire spécifique** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

.....

☺ Votre enfant est-il **asthmatique** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel traitement :

Nom et adresse du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

☺ Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non
Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non	

☺ En cas de d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il ?

Des drains dans les oreilles ☐ Oui ☐ Non	Des lunettes ☐ Oui ☐ Non	Les lentilles de contact ☐ Oui ☐ Non	Des prothèses auditives ☐ Oui ☐ Non
--	--	--	---

Autres renseignements que vous souhaitez nous donner :

.....

.....

Merci de joindre à cette fiche la photocopie du carnet de vaccination, l'attestation d'assurance en cours de validité, un certificat médical, la fiche de non-imposition, l'attestation CAF, un justificatif de domicile,

« J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement et reconnais avoir pris connaissance des mentions RGPD de l'AD PEP80 » :

A

Le : / /

Signature du représentant légal