



Service Enfance
04 50 41 56 46
f.aragon@mairie-cessy.fr

FICHE INDIVIDUELLE DE DEMANDE D'INSCRIPTION CAMP PRINTEMPS

Du lundi 25 au vendredi 29 avril (5 jours /4 nuits)

Arâches la Frasse (Haute-Savoie)

Printemps 2022

NOM de l'enfant :

Date de naissance :

Prénom de l'enfant :

Classe :

Ecole :

Formule de repas :

☐ Standard

☐ Sans viande

Pièces à joindre obligatoirement :

- ☐ 1 Photo d'identité de l'enfant
- ☐ 1 copie de pièce d'identité en cours de validité
- ☐ 1 Fiche sanitaire de liaison
- ☐ Copie du PAI (*PAI : *Protocole d'accueil individualisé (allergies/intolérances alimentaires)*)
- ☐ Copie des pages de vaccination du carnet de santé de chaque enfant inscrit
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2021/2022
- ☐ Dernier avis CAF ou derniers avis d'imposition
- ☐ Si parents séparés, justificatif d'attribution du droit de garde exclusif et extrait de jugement de divorce le cas échéant

Tarifs Séjour Printemps 2022		
Catégorie	Quotient familial	Coût du séjour
A	0 à 450	100 €
B	451 à 660	150 €
C	661 à 800	200 €
D	801 à 1100	230 €
E	1101 à 1500	260 €
F	1501 à 2000	280 €
G	2001 et plus	300 €

Autorisations :

- ☐ Je soussigné M., Mme
autorise ma fille, mon fils à participer au séjour organisé par la Mairie de Cessy
- ☐ Je soussigné M., Mme
autorise la ville de Cessy à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des publications municipales aussi bien papier que numérique (site internet, page face book de la mairie) et tout autre support de communication

J'autorise les personnes désignées ci-dessous (autre que les parents) à récupérer mon enfant à la fin du séjour :

NOM et PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	TEL. PORTABLE

Je m'engage à prévenir rapidement le centre de loisirs au 07 84 38 49 26 ou au 04 50 41 83 25 en cas de modification des personnes désignées ci-dessus et en cas de retard le soir pour récupérer mon enfant.

DATE : / /

SIGNATURE

Une réunion d'information aura lieu au centre de loisirs fin juin, afin de vous présenter le séjour et de répondre à vos questions.

Une invitation vous parviendra par mail.

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

☐ Par prélèvement mensuel automatique
(Merci de fournir un RIB)

☐ Par chèque/espèces (à régler directement au Trésor Public à Gex)

Facturation au nom et adresse :

☐ Du père

☐ De la mère

PÈRE

Nom et prénom : _____

Adresse _____

Téléphone professionnel : _____

Téléphone privé
portable : _____

Adresse électronique : _____

MÈRE

Nom et prénom : _____

Adresse _____

Téléphone professionnel : _____

Téléphone privé
portable : _____

Adresse électronique : _____

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs qui m'a été remis et m'engage à le respecter.

DATE : / /

SIGNATURE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

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

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :