



Service Enfance

04 50 41 56 46

Enfance-jeunesse@mairie-cessy.fr

**FICHE INDIVIDUELLE**  
**DE DEMANDE D'INSCRIPTION CAMPS ETE 5-7 ans**  
Du mercredi 16 au vendredi 18 juillet (3 jours /2 nuits)  
Arâche-La-Frasse (Haute Savoie)  
Été 5-7 ans 2025 (GS au CE1)

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Classe et Ecole :

**Formule de repas :**

Standard

Sans viande

**Pièces justificatives :**

A présenter dans l'ordre suivant :

- Le présent dossier complété
- Fiche sanitaire de liaison
- Autorisation de Sortie de Territoire (AST)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2024/2025
- Si allergie ou autre problème médical : copie du PAI
- Si parents séparés : justificatif d'attribution du droit de garde exclusif et extrait de jugement de divorce le cas échéant
- Dernier avis CAF ou dernier avis d'imposition (sans quoi, le tarif le plus élevé sera appliqué)
- 1 RIB pour toute demande de prélèvement



**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte**

Cadre réservé à l'administration

Date de dépôt :	Inscription à partir du :
Nombre de documents :	Réceptionné par :
Enregistré par :	Pièces ajoutées ultérieurement (+ date) :

Tarifs Séjour 5-7 ans été 2024		
Catégorie	Quotient familial	Coût du séjour
A	0 à 450	80 €
B	451 à 660	100 €
C	661 à 800	120 €
D	801 à 1100	150 €
E	1101 à 1500	170 €
F	1501 à 2000	200 €
G	2001 à 3000	230 €
H	3001 et plus	250 €

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 service Enfance-Jeunesse 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 de la Cabane le jeudi 5 juin à 18h30, afin de vous présenter le séjour et de répondre à vos questions.**

**MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ**

- Par prélèvement mensuel automatique. (Merci de fournir un RIB si nouveau)
- Par autres modes de règlements (chèque, espèces, CB...à régler directement avec le Trésor Public)

**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	
Polionmyélite				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     oui     non  
 MÉDICAMENTEUSES     oui     non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :     oui     non  
 Précisez : .....

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 lunettes, 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 : .....