



**DEMANDE D'INSCRIPTION EN
ACCUEIL DE LOISIRS
ET EN SEMAINES SPORTIVES
POUR LES VACANCES D'ETE 2026**

Dossier à remplir **uniquement** pour les enfants
Qui n'ont jamais fréquenté le centre



A déposer à l'accueil de la mairie,

Avant le 28/06/2026

(Pour une prise en compte dès le 6 juillet 2026)

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
- ☐ 1 Fiche de renseignements
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2025/2026
- ☐ Si allergie ou autre problème médical : copie du PAI + médicaments
- ☐ Si parents séparés : justificatif d'attribution du droit de garde exclusif et extrait de jugement de divorce le cas échéant
- ☐ Dernier avis CAF, dernier avis d'imposition, attestation annuelle d'imposition, certificat de salaire ou avis de taxation (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 :	Réceptionné par :
Enregistré par :	

Tarifs :

Tarifs Vacances scolaires et Semaines sportives « Habitants de Cessy »			
Catégorie	Quotient familial	Journée	Journée Avec PAI
A	0 à 450	7.20 €	4.25 €
B	451 à 660	9.20 €	6.25 €
C	661 à 800	17.20 €	12.50 €
D	801 à 1100	22.50 €	17.50 €
E	1101 à 1500	26.20 €	21.50 €
F	1501 à 2000	30.20 €	25.50 €
G	2001 à 3000	31.70 €	27.00 €
H	3001 et plus	32.70 €	28.00 €

Tarifs vacances scolaires et Semaines sportives « Habitants des autres communes »			
Catégorie	Quotient familial	Journée	Journée Avec PAI
A	0 à 450	18.00 €	11.00 €
B	451 à 660	23.00 €	13.00 €
C	661 à 800	28.00 €	15.50 €
D	801 à 1100	32.00 €	17.50 €
E	1101 à 1500	37.00 €	21.50 €
F	1501 à 2000	40.00 €	26.00 €
G	2001 à 3000	45.00 €	30.00 €
H	3001 et plus	50.00 €	35.00 €

Période d'inscription :

Les inscriptions se déroulent à partir du lundi 1 juin 2026 au service Enfance-Jeunesse de la mairie de Cessy. Clôture des inscriptions le dimanche 28 juin 2026.

Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte.

Toute demande, effectuée en ligne (mail et logiciel) ou via ce formulaire, sera facturée, même en cas d'absence de l'enfant, si la demande d'annulation est faite en dehors de la période d'inscription (à l'exception des absences justifiées par certificat médical).

Type d'accueil et dates sélectionnés :

Semaine sportive (8/11 ans) : réservation à la semaine

Escalade / Volley

☐ Du 6 au 10 juillet 2026

Semaine sportive (6/8 ans) : réservation à la semaine

VTT - Tir à l'arc / Multisports

☐ Du 24 au 28 août 2026

Accueil de loisirs

Semaine Du	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
6 au 10/07	☐	☐	☐	☐	☐
13 au 17/07	FERMÉ	FERIÉ	☐	☐	☐
20 au 24/07	☐	☐	☐	☐	☐
27 au 31/07	☐	☐	☐	☐	☐
3 au 7/08	FERMÉ	FERMÉ	FERMÉ	FERMÉ	FERMÉ
10 au 14/08	FERMÉ	FERMÉ	FERMÉ	FERMÉ	FERMÉ
17 au 21/08	☐	☐	☐	☐	☐
24 au 28/08	☐	☐	☐	☐	FERMÉ
31/08	Journée famille				

Autorisations :

Je soussigné M., Mme autorise ma fille, mon fils à participer aux différentes sorties extérieures organisées par le centre de loisirs.

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

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

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

SIGNATURES DES RESPONSABLES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE DE L'ENFANT	
Nom :	Sexe : ☐ F ☐ M
Prénoms :	
Date de Naissance :	
Lieu de Naissance :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET INDIVIDUELLE ACCIDENT DE L'ENFANT	
Nom Compagnie d'Assurance :	N° de police :

RESPONSABLES LÉGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom :	Prénom :
Date de Naissance :	Date de Naissance :
Lieu de Naissance (ville et pays) :	Lieu de Naissance (ville et pays) :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Entourez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Entourez)
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. Fixe :	Tél. Fixe :
Tél. Portable :	Tél. Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER			
Autres que les responsables légaux			
Contact 1		Contact 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type de lien (famille, ami, ...) : (Précisez)		Type de lien (famille, ami, ...) : (Précisez)	
Tél. Portable :		Tél. Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (barrer la mention inutile)	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? Merci de nous joindre une copie de la notification.	OUI / NON

INFORMATIONS MEDICALES		
Nom du Médecin	Téléphone	Spécialité

VACCINS OBLIGATOIRES	Dernier rappel fait le
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus influenzae de type B, (DTPCH)	
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque C	
Méningocoque B	
Méningocoque ACWY	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	

VACCINS AUTRES	Dernier rappel fait le
Rotavirus	
HPV	
Grippe	
Covid 19	
Tuberculose (BCG)	
Zona	
Autre (précisez)	

ALLERGIES / AUTRE MEDICAL

PRATIQUES ALIMENTAIRES	
☐ Viande	☐ Sans viande (remplacé par des alternatives : œufs...)

INFORMATIONS FAMILIALES

INFORMATIONS MEDICALES

ATTESTATION A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nous soussignés (*)responsables légaux de
l'enfant (*) (*) Nom et Prénom

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2 (*)	
Nom prénom (*)		Nom prénom (*)	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature (*) :		Signature (*) :	

* A remplir obligatoirement