



**FICHE INDIVIDUELLE
DE DEMANDE D'INSCRIPTION
CAMPS ETE 5-7 ans**

Du mercredi 15 au vendredi 17 juillet (3 jours /2 nuits)
"Le Yayla de Roche-Brune" à Le Pontet (Savoie)
Été 5-7 ans 2026 (GS au CE1)



Service Enfance

04 50 41 56 46

Enfance-jeunesse@mairie-cessy.fr

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 2025/2026
- ☐ 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, 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 Séjour 5-7 ans été 2026		
Catégorie	Quotient familial	Coût du séjour
A	0 à 450	90€
B	451 à 660	110€
C	661 à 800	140€
D	801 à 1100	170€
E	1101 à 1500	190€
F	1501 à 2000	220€
G	2001 à 3000	240€
H	3001 et plus	260€

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 mardi 9 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 :

PRÉNOM :

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

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt 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 :