

**AUTORISATIONS DU RESPONSABLE LEGAL**

Je soussigné (e) ....., responsable l'égal de (s) l'enfant (s) .....,

....., .....,

- Autorise le directeur du centre à faire soigner mon (mes) enfant (s), à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin,
- Autorise mon (mes) enfant (s) à participer à toutes les activités du centre,
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille ainsi que les frais médicaux,
- Autorise mon (mes) enfant (s) à rentrer seul :

Enfant : .....  oui  non

Enfant : .....  oui  non

Enfant : .....  oui  non

**Droit à l'image :**

Durant le séjour, votre enfant est susceptible d'être photographié par les membres de l'équipe. Ces photos serviront à illustrer principalement les supports de communication aux familles, mais également peuvent être utilisées pour illustrer nos brochures et site internet.

Autorise l'apparition de mon enfant sur support photo, vidéo, informatique et internet, conformément à la législation relative aux droits de la personne photographiée et à l'article 9 du code civil.

Autorise l'UNCMT à utiliser l'image et à la voix de mon (mes) enfant (s) sur support photographique, vidéo et informatique ainsi que pour la présentation et l'illustration des centres de loisirs et de vacances proposés aux enfants (brochures et site internet de l'UNCMT).

oui  non

Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les conditions générales.

Fait à ....., le .....

Signature du responsable légal



**DOSSIER D'INSCRIPTION  
ACCUEIL DE LOISIRS**

**Lieu de l'accueil :**

**Année scolaire :**  
20 .. / 20 ..

ENFANT (S)	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom et Prénom			
Sexe (M ou F)			
Date et lieu de naissance	..... .....	..... .....	..... .....
Age			
Classe Ecole fréquentée			
Adresse			

## CONDITIONS GENERALES

Un acompte sera demandé avant chaque vacances.

Dans le cas d'une absence justifiée (certificat médical, ...) la journée sera facturée 5 € afin de couvrir une partie des frais de repas et d'encadrement engagés.

Une fiche sanitaire pour chaque enfant devra être remplie et signée et jointe au dossier d'inscription.

Fournir également l'attestation CAF précisant le montant du quotient familial.

## ASSURANCE

L'UNCMT est assurée auprès de la MAIF. Cette assurance couvre les risques « accidents corporels » et « responsabilité civile », après intervention des organismes sociaux des familles.

Les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation éventuels restent à la charge des parents, qui devront les rembourser à l'UNCMT lorsqu'elle en aura fait l'avance.

Lunettes : après les remboursements de la Sécurité Sociale et éventuellement de la mutuelle des familles, l'assurance MAIF participera si besoin pour une montant de 80 € (bris et vol).

## Crédit d'impôt pour les frais de garde des jeunes enfants hors du domicile

Si vous êtes fiscalement domicilié en France, vous pouvez bénéficier d'un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses que vous engagez pour la garde de vos enfants à charge âgés de moins de 6 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année des revenus. Une demande nominative est à formuler auprès de l'UNCMT.

	Père	Mère	Tuteur
Responsable légal Facture à envoyer à	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom			
Adresse			
Tél. :	.....	.....	.....
Portable :	.....	.....	.....
E-mail :	.....	.....	.....
Tél. employeur			
Profession			
Nom et adresse de l'employeur			
Sécurité sociale	Nom et prénom de l'assuré auquel l'enfant est rattaché : N° : Adresse caisse : CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir <u>obligatoirement</u> une copie de l'attestation Allocataire <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA Nom, Prénom allocataire : (Fournir <u>obligatoirement</u> l'attestation précisant le quotient familial) N° : Adresse caisse :		

Situation familiale : Marié (e)  Pacsé (e)  Célibataire  Vie maritale  Divorcé (e)  Séparé (e)   
Veuf (ve)

## AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'(LES) ENFANT (S) ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Lien de parenté			
Nom et prénom			
Téléphone			

# Fiche sanitaire

## ACCUEIL DE LOISIRS

COMMUNE DE L'ALSH : .....

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Sexe : M  F  Date de naissance : ...../...../..... Age de l'enfant au moment du séjour : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Tel. pendant le séjour : .....

## VACCINATIONS

(A remplir à partir du carnet de santé de l'enfant. Joindre, si possible la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ou Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?

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

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant.  
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ?

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes articulaires aigus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant fait-il de l'asthme ?

Allergique  A l'effort  Non

Allergies :

Asthme :  Oui  Non Médicamenteuses :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non Autres :  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

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

Union Normande des Centres Maritimes et Touristiques

4 avenue du Parc Saint André - 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR

Tel : 02 31 46 80 40 - [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

Association loi 1901 adhérente à la JPA - Agrément DDCCS, Education Nationale et Tourisme



Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

L'enfant est-il porteur de handicap ?  Oui  Non

Recommandations particulières :

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

**RECOMMANDATIONS**

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.) :

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

D'ordre général (régime alimentaire spécifique, comportement, etc.) :

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

Y-a-t-il des recommandations particulières que vous souhaitez transmettre au directeur.trice du séjour concernant la vie quotidienne et besoins de l'enfant (rite d'endormissement, envie d'activités....) :

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

**DIVERS**

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous nous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

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

NOM du médecin traitant : ..... Commune : ..... Téléphone : .....

Y-a-t-il une personne interdite de visite ?  Père  Mère  Autres (précisez) : .....  
Y-a-t-il une personne interdite de contact ?  Père  Mère  Autres (précisez) : .....

Je soussigné(e), ....., responsable de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepter sans réserve. J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Fait à ..... Le .....  
Signature des parents ou tuteurs :