



Pont Metz

# DOSSIER D'INSCRIPTION VACANCES

## 2024-2025

# LE PONT DES LOISIRS



PHOTO

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### REPAS SPÉCIAUX :

Sans repas spéciaux       Sans porc       Sans viande       P.A.I.\*

(\*fournir obligatoirement une copie actualisée du P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé))

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes       Port de lentilles       Appareil dentaire       Appareil auditif

Difficultés de sommeil, comportement de l'enfant etc...

### RESPONSABLES DU MINEUR\* :

\*Fournir **obligatoirement** le jugement de garde le cas échéant.

RESPONSABLE LEGAL N°1	RESPONSABLE LEGAL N°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Adresse :	Adresse :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. travail :	Tél. travail :
Adresse mail :	Adresse mail :

### RÉGIME :

Cocher la case correspondant à votre régime (**OBLIGATOIRE**)\*

\*la commune bénéficiant d'une aide de la CAF et de la MSA pour l'équipement, merci de nous communiquer **IMPERATIVEMENT** le numéro

CAF     MSA     Autre régime

Préciser votre numéro:

### ASSURANCE (OBLIGATOIRE) :

Nom de la compagnie d'assurance de l'enfant, « individuelle accident » :

-----

Numéro du contrat : -----

### EN CAS D'INDISPONIBILITÉ DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX, VEUILLEZ INDIQUER LES PERSONNES À PRÉVENIR OU SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT\*:

(\*Attention : ces personnes doivent être majeures et à proximité - une pièce d'identité devra obligatoirement être présentée aux animateurs).

Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de parenté

### **EXTRASCOLAIRE—VACANCES**

Les inscriptions se font en Mairie 1 mois avant chaque période de vacances

Semaine du	Au	Semaine du	Au
Semaine du	Au	Semaine du	Au

Absence le :

## AUTORISATIONS

- J'autorise la consultation du site CDAP (consultation des données allocataires partenaires) :  
 OUI       NON
- J'autorise mon enfant à participer aux diverses activités et sorties organisées par l'accueil de loisirs :  
 OUI       NON
- J'accepte que les photos et les vidéos dans lesquelles figurent mon enfant, prises dans le cadre des activités, soient diffusées dans les supports de communication (papier, numérique...) de la commune :  
 OUI       NON
- J'autorise mon enfant à monter dans les véhicules communaux et autre moyen de transport lors des déplacements de l'Accueil de Loisirs, ou autre :  
 OUI       NON
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement du Pont des Loisirs ci-joint et reconnais accepter l'ensemble des dispositions :  
 OUI       NON

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ avoir le plein exercice de l'autorité parentale, j'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et je m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du responsable légal**  
Précédé de la mention « lu et approuvé »

## PIÈCES À FOURNIR

- Une photo au format identité
- L'attestation d'assurance de l'enfant 2024-2025 (responsabilité civile)
- Certificat médical ou copie du carnet de santé (où figure le DT Polio)
- Jugement de garde (le cas échéant)
- Attestation de quotient CAF de octobre 2023 et de octobre 2024 à compter du 1er janvier 2025

Pour les habitants de la commune :

- Attestation de paiement CAF
- Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023

Le quotient communal est calculé sur la base de vos revenus.

**ATTENTION**  
**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL

MINISTÈRE  
DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS  
ET DE LA  
VIE ASSOCIATIVE

NOM DU MINEUR : -----

PRENOM : -----

DATE DE NAISSANCE : ----- / ----- / -----

SEXE :  M  F

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

## VACCINATION

Joindre une copie du carnet de vaccination où figure le vaccin obligatoire de la DT Polio ou un certificat médical stipulant que le vaccin est à jour.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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

Suit-il un traitement quotidien ?  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 :  OUI  NON  
(animaux, plantes, pollen...)

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 ?  OUI  NON

**Si oui** précisez : -----  
-----  
-----

■ P.A.I.\* (Projet d'accueil individualisé) :  OUI  NON  
(\*Fournir obligatoirement une copie actualisée du P.A.I.)

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 :